



E-Book
Version

การพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น :

จาก DSM-5 สู่การปฏิบัติทางการพยาบาล

Child and Adolescent Psychiatric -
Mental Health Nursing :
From DSM-5 to Nursing Practice

© ศาสตราจารย์ ดร.วาทีณี สุขมาก

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น :
จาก DSM-5 สู่การปฏิบัติทางการพยาบาล
Child and Adolescent Psychiatric -
Mental Health Nursing: From DSM-5 to Nursing Practice

© ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

ISBN : (E-book) 978-616-626-631-3

พิมพ์ครั้งแรก : กรกฎาคม 2568

จำนวน 500 เล่ม

จัดทำโดย :

ศาสตราจารย์ ดร.วาทินี สุขมาก

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

(E-book) ราคา 399 บาท

ราคาปก 589 บาท (Book)



คำนำ

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น : จาก DSM-5 สู่อุปนิสัยทางการพยาบาล เล่มนี้ให้การแนะนำเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์เด็กที่หนังสือนี้กระชับ อ่านง่าย และมีประโยชน์อย่างยิ่งในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับประเด็นเชิงแนวคิด การวินิจฉัย และการรักษา และยังเข้าถึงได้สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและนักศึกษา ด้วยการนำเสนอกรณีศึกษา ตัวอย่างคำถามและคำตอบพร้อมเหตุผล กระบวนการพยาบาลและการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้อ่านสามารถขยายความเข้าใจและประเมินหลักฐานด้วยตนเองได้ ประกอบด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทฤษฎีการเลี้ยงดูลูกเชิงบวก กลุ่มอาการผิดปกติของพัฒนาการด้านระบบประสาท กลุ่มอาการผิดปกติในควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ความผิดปกติกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทางใจและภาวะเครียด

ในการจัดทำหนังสือฉบับนี้ ผู้เขียนได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงระบบจำแนกโรคในระบบ ICD-11 และ DSM-5 (จาก DSM-IV) ซึ่งได้มีการปรับปรุงการจำแนกประเภทโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยได้มีการเพิ่มความผิดปกติทางจิตใหม่ในวัยเด็ก 2 การวินิจฉัย ได้แก่ **ความผิดปกติในการสื่อสารทางสังคม** และ **ความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ผิดปกติ** และมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับอายุของโรคทางจิตอีกสองประเภทที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกับคำจำกัดความของการรบกวนทางอารมณ์อย่างรุนแรง โรคสมาธิสั้น และโรคความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ และการทำความเข้าใจความผิดปกติทางจิตด้วยแบบจำลองทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรม การจำแนกประเภทและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นตามระบบจำแนกประเภทโรคเชิงหมวดหมู่ (DSM-5 และ ICD-11) การจำแนกโรคตามเกณฑ์เชิงมิติ และ การจำแนกตามการตรวจตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biological marker หรือ biomarker: RDoC) ซึ่งพยาบาลในปัจจุบันเป็นผู้ขับเคลื่อนผู้รับบริการไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้นและความเป็นอิสระสูงสุดของมาตรฐานการดูแลอย่างมืออาชีพและผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้รับบริการจะยังคงเพิ่มความคาดหวังเพื่อการปฏิบัติงานของพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด





สารบัญ

หน่วยที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	1
บทที่ 1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	3
บทที่ 2 ครอบครั้ว การเลี้ยงดู และผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก	51
บทที่ 3 การทำความเข้าใจความผิดปกติทางจิตในเด็กและวัยรุ่น	106
บทที่ 4 การประเมิน การจำแนกประเภทโรค และการวินิจฉัยทางคลินิกทางสุขภาพจิต และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	154
หน่วยที่ 2 กลุ่มอาการผิดปกติของพัฒนาการด้านระบบประสาท	225
บทที่ 5 ความบกพร่องทางสติปัญญา	227
บทที่ 6 ความผิดปกติด้านการสื่อความหมาย	290
บทที่ 7 ความผิดปกติด้านการเรียนรู้เฉพาะ	374
บทที่ 8 กลุ่มอาการออทิสซึม	413
บทที่ 9 โรคสมาธิสั้น	461
หน่วยที่ 3 กลุ่มอาการผิดปกติในควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม	503
บทที่ 10 กลุ่มอาการผิดปกติในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม	505
หน่วยที่ 4 ความผิดปกติกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทางใจ และภาวะเครียด	563
บทที่ 11 ความผิดปกติกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บทางใจ	565
ดัชนี	613



หน่วยที่ 1

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพจิต
และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

(The foundation of child
and adolescent psychiatric – mental health)





บทที่ 1

การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ทดสอบความรู้

ข้อใดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็ก¹

- ก. โรคสมาธิสั้น ออทิสติกสเปกตรัม โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า
- ข. โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคไบโพลาร์ อ่านหนังสือไม่ออก โรคจิตเภท
- ค. โรคกลัว ออทิสติกสเปกตรัม โรคบุคลิกภาพแตกแยก
- ง. โรคสมาธิสั้น โรคพฤติกรรมผิดปกติ โรคการกินผิดปกติ PTSD

บทนำ

สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัวได้รายงานว่ามีประชากรเด็กอายุไม่เกิน 14 ปีประมาณ 11.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมด [1]

กรมสุขภาพจิตประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยอายุต่ำกว่า 20 ปีจำนวนกว่า 1.8 แสนราย ผ่านโปรแกรม mental health check-in ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563–30 กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่า วัยรุ่นมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 28 มีความเสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 32 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 22 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นมีความเครียดสูง เข้าสังคมลดลง ติดจอมือถือ และติดเกมออนไลน์มากขึ้น อีกทั้งยังพบว่าบางรายมีการทะเลาะกันภายในครอบครัวนำไปสู่การฆ่าตัวตาย [2] ซึ่งผู้อำนวยการองค์การยูนิเซฟเชื่อว่าเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยและทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจิตมากขึ้นเรื่อย ๆ และเชื่อว่านี้เป็นเพียงยอดภูเขาน้ำแข็ง ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตต้องดูแลติดตามระยะยาว แต่ผู้มีปัญหาส่วนหนึ่งปกปิดไว้ เพราะถูกตีตราว่าเป็นเรื่องน่าอาย จากการสำรวจสุขภาพจิตแห่งชาติล่าสุดรายงานอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี อยู่ที่ร้อยละ 7.3 และโดยรวมแล้วเด็กร้อยละ 8-13 ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต อีกทั้งผู้เชี่ยวชาญคาดการณ์ว่าผลกระทบจากโควิด-19 จะที่ผ่านมาจะทำให้เด็กที่ต้องการความช่วยเหลือมีจำนวน

¹ คำตอบ ข้อ ก

เพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยทางจิตในเด็กและช่องว่างการรักษา/บริการขนาดใหญ่มีอยู่ในการพัฒนาประเทศอย่าง ประเทศไทยและการตีตรายังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการแสวงหารักษา [2]

ปัญหาสุขภาพจิตในวัยเด็กและวัยรุ่นมักจะส่งผลยาวนานเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ ปัญหาเหล่านี้ ได้แก่ การเจ็บป่วยทางจิตในอนาคต เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งมีผลกระทบเชิงลบต่อผลการเรียนและผลการปฏิบัติงานเข้าสู่ผู้ใหญ่ ความรุนแรง พฤติกรรมก้าวร้าว ความปลอดภัยของเด็ก/การล่วงละเมิด และการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ มากเกินไป ความผิดปกติของการเล่นเกม ฯลฯ เป็นปัญหาร่วมสมัยในกลุ่มอายุที่มีความเสี่ยงนี้ที่ต้องการความสนใจด้านสาธารณสุขทันที

การใช้และเสริมศักยภาพการบริการดูแลสุขภาพปฐมนุญเป็นแนวทางที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาช่องว่างของการบำบัดรักษาที่มีอยู่ในวงกว้างและเพื่อแก้ไขอุปสรรคในการรักษา ตามที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะการบำบัดผู้ปกครองและเด็กส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับจิตสังคม (การบำบัดที่ไม่ใช่ยา) สามารถให้บริการได้ในระดับการดูแลสุขภาพผ่านการดูแลสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรมอาสาสมัคร

กรณีศึกษา 1

เด็กชาย ก วัย 8 ขวบอาศัยอยู่ในตำบลห่างไกลของจังหวัดขอนแก่น เขาเรียนเก่งและเป็นเด็กที่ฉลาดมากคนหนึ่งชั้นเรียนอย่างไรก็ตาม เขามักจะขยับตัวตลอดเวลา เสียสมาธิ พูดนอกเรื่องและพูดกับเพื่อนในช่วงเวลาพัก และทำข้อสอบผิดพลาดหลายครั้งโดยประมาท เขามักจะโดนตำหนิที่โรงเรียนเพราะพฤติกรรมที่ก่อกวนเพื่อน ๆ ส่วนที่บ้าน พ่อแม่ของเขาจะหงุดหงิดเพราะต้องคอยเตือนเขาให้ทำการกิจจ่า ๆ เด็กชาย ก ชอบเล่นปิงปอง แต่เขาเสียสมาธิอยู่ตลอดเวลาขณะเล่นและพลาดโอกาสสำคัญ ๆ ในระหว่างเกม ทำให้เพื่อน ๆ รู้สึกหงุดหงิดกับเขา พ่อแม่ของเขายกได้ว่าเด็กชาย ก อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ออกมาดี แต่ด้วยเหตุผลบางอย่าง เขากลับตัดสินใจผิดพลาดโดยไม่ทันคิด พ่อแม่ของเขาจึงพาเขาไปพบนักจิตวิทยาเด็ก

เรื่องราวของเด็กชาย ก แม้จะเป็นเรื่องสมมติ แต่ก็ก็เป็นเรื่องจริงสำหรับเด็ก ๆ หลายคน แม้ว่าเด็กเล็กหลายคนจะมีพลังงานมากเกินไปและบางครั้งต้องดิ้นรนเพื่อให้มีสมาธิในการทำงาน แต่ความยากลำบากของเด็กชาย ก ดูเหมือนจะเกินกว่าเพื่อนวัยเดียวกัน ปัญหาด้านพฤติกรรมของเขาทำให้เขาประสบกับความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ของชีวิต เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน โรงเรียน และวงสังคม

จิตวิทยาและพฤติกรรมที่ผิดปกติ

“วิทยาศาสตร์ด้านจิตวิทยาประสบความสำเร็จในด้านลบมากกว่าในด้านบวก วิทยาศาสตร์ได้เปิดเผยให้เราทราบมากมายเกี่ยวกับข้อบกพร่องของมนุษย์ ความเจ็บป่วย และตรบาบ แต่เปิดเผยเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับศักยภาพ คุณธรรม ความปรารถนาที่บริสุทธิ์ หรือหลักจิตวิทยาสูงสุดของมนุษย์ ราวกับว่าจิตวิทยาได้จำกัดตัวเองโดยสมัครใจให้เหลือเพียงครึ่งหนึ่งของเขตอำนาจที่ถูกต้อง และครึ่งที่มีดมนและเลวร้ายกว่า” [3] (หน้า 354)

อย่างไรก็ตาม จิตวิทยามนุษยนิยมกลับกล่าวถึงการทำงานของมนุษย์ทั้งหมดและเน้นไปที่การเติมเต็มส่วนบุคคล การให้ความสำคัญกับความรู้สึกมากกว่าสติปัญญา ความสุขนิยม ความเชื่อในความสมบูรณ์แบบ

ของมนุษย์ การเน้นที่ปัจจุบัน การเปิดเผยตนเอง การเติมเต็มตนเอง การเคารพในเชิงบวก การบำบัดที่เน้นผู้รับบริการ และลำดับขั้นของความต้องการ ซึ่งประเด็นหัวข้อเหล่านี้มีความแตกต่างอย่างมากกับงานจำนวนมากที่ทำในสาขาจิตวิทยาจนถึงและในเวลานี้ ในปี 1996 มาร์ติน เซลิเกแมน (Seligman)[4] ได้รับเลือกให้เป็นประธานสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (APA) และเรียกร้องให้มีแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) หรือจิตวิทยาที่มีแนวคิดเชิงบวกเกี่ยวกับศักยภาพและธรรมชาติของมนุษย์มากขึ้น โดยอาศัยงานของมาสโลว์และโรเจอร์ส (Maslow and Rogers) เขาเป็นผู้นำการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ในหัวข้อต่าง ๆ เช่น ความสุข ความรัก ความหวัง ความมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิต การกำหนดเป้าหมาย การพักผ่อน และความ เป็นอยู่ที่ดีในเชิงอัตวิสัย [5]

แม้ว่าจิตวิทยาเชิงบวกและจิตวิทยาเชิงมนุษย์นิยมจะมีความคล้ายคลึงกัน แต่ระเบียบวิธีของทั้งสองนั้นแตกต่างกันมากในขณะที่จิตวิทยาเชิงมนุษย์นิยมโดยทั่วไปจะอาศัยวิธีเชิงคุณภาพ จิตวิทยาเชิงบวกมักใช้แนวทางเชิงปริมาณและมุ่งหวังที่จะช่วยให้ผู้คนได้รับประโยชน์สูงสุดจากอุปสรรคในชีวิต มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น พบกับความสมหวังในความคิดสร้างสรรค์ และค้นพบความหมายและความพึงพอใจที่ยั่งยืน ดังนั้นเพื่อทำความเข้าใจว่าพฤติกรรมปกติมนุษย์ เราควรใช้จิตวิทยาเชิงบวกเป็นข้อบ่งชี้หรือเราควรกำหนดพฤติกรรมที่ผิดปกติก่อนแล้วจึงย้อนคำนิยามของสิ่งที่ปกติว่าคืออะไร ซึ่งองค์ประกอบด้านมิติของบุคลิกภาพของบุคคลอาจประกอบขึ้นเป็นสิ่งที่ปกติได้ในระดับหนึ่ง ความจริงประการหนึ่งก็คือ ไม่ว่าเราจะแสดงพฤติกรรมใด หากแสดงออกมากเกินไปก็อาจกลายเป็นความผิดปกติได้ ไม่ว่าจะเป็นความพยายามควบคุมผู้อื่นผ่านอิทธิพลทางสังคมหรือการช่วยเหลือผู้อื่นในลักษณะที่เสียสละ ดังนั้นเราจึงถือว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติเป็นการรวมกันของความทุกข์ส่วนตัว ความผิดปกติทางจิตใจ การเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานทางสังคม ความเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และต้นทุนต่อสังคม

ตัวกำหนดพฤติกรรมที่ผิดปกติ

จากหัวข้อก่อนหน้านี้ ได้แสดงให้เห็นว่าสิ่งที่อาจถือว่าเป็นพฤติกรรมปกตินั้นยากที่จะกำหนดได้ สิ่งที่ท้าทายพอ ๆ กันคือการทำความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติคืออะไร ซึ่งอาจทำให้เราประหลาดใจได้ ตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 ระบุว่า “แม้ว่าคำจำกัดความจะไม่สามารถครอบคลุมทุกแง่มุมของความผิดปกติต่าง ๆ ที่มีอยู่ใน DSM-5” [6] (หน้า 13) แต่จำเป็นต้องมีบางแง่มุม ซึ่งรวมถึงความผิดปกติ ดังต่อไปนี้

ความผิดปกติของการปฏิบัติหน้าที่

ความผิดปกติของการปฏิบัติหน้าที่ (dysfunction) หมายถึง การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติ ในทางจิตวิทยาหมายถึง “ความผิดปกติที่สำคัญทางคลินิกในความรู้ความเข้าใจ การควบคุมอารมณ์ หรือพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสะท้อนถึงความผิดปกติในกระบวนการทางจิตวิทยา ชีววิทยา

หรือพัฒนาการที่อยู่เบื้องหลังการทำงานของจิตใจ” [6] (หน้า 14) พฤติกรรมที่ผิดปกติจึงทำให้การบรรลุความเป็นอยู่ที่ดีทำได้ยาก และสามารถประเมินได้โดยดูจากผลงานปัจจุบันของบุคคลและเปรียบเทียบกับสิ่งที่คาดหวังโดยทั่วไปหรือผลงานในอดีตของบุคคลนั้น ดังนั้นพนักงานที่ดีที่แสดงผลงานที่ย่ำแย่กะทันหันอาจกำลังประสบกับความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่ความเครียดและกลไกการรับมือที่ไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อความต้องการนั้นหายไป ผลงานของบุคคลนั้นควรกลับมาเป็นปกติตามหลักการนี้

ความทุกข์ใจ

ความทุกข์ใจ (distress) หมายถึง อาการทางจิตใจเมื่อบุคคลมีความรู้สึกเครียด ประสบกับภาวะทุพพลภาพ “ในกิจกรรมทางสังคม อาชีพ หรือกิจกรรมที่สำคัญอื่น ๆ” [6] (หน้า 14) ความทุกข์ใจอาจมาในรูปแบบของความเจ็บปวดทางจิตใจหรือร่างกาย หรือทั้งสองอย่างในเวลาเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ความทุกข์ใจเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะอธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ ตัวอย่างเช่น การสูญเสียคนที่รักอาจทำให้บุคคลที่ทำหน้าที่ได้ ‘ตามปกติ’ ถึงแม้ว่าจะเจ็บปวดใจที่สุด นักกีฬาที่ประสบกับอาการบาดเจ็บจนต้องยุติอาชีพการงานก็จะแสดงความทุกข์ใจเช่นกัน ความทุกข์ใจเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและหลีกเลี่ยงไม่ได้ และบางคนที่แสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติมักจะมีทัศนคติเชิงบวกในขณะแสดงพฤติกรรมดังกล่าว

ความเบี่ยงเบน

ความเบี่ยงเบน (deviance) หมายถึง การเคลื่อนตัวออกจากสิ่งที่ปกติหรือค่าเฉลี่ย (กล่าวคือ สิ่งที่อยู่อยู่ในระดับปานกลาง และในกรณีนี้ถือว่าเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม) และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไม่บ่อยนัก (เหมือนค่าผิดปกติเล็กน้อยในข้อมูลของเรา) วัฒนธรรม พฤติกรรม ประเพณี ค่านิยม เทคโนโลยี ทัศนคติ ความเชื่อ ศิลปะ และอื่น ๆ ที่ถ่ายทอดทางสังคมทั้งหมดซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ซึ่งจะกำหนดว่าอะไรคือปกติ ดังนั้นบุคคลจึงถูกเรียกว่ามีความเบี่ยงเบนเมื่อบุคคลนั้นไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคมที่ประกาศและไม่ได้ประกาศ ซึ่งเรียกว่าบรรทัดฐานทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของค่านิยมและความคาดหวังที่ยอมรับได้ ตัวอย่างเช่น การรักร่วมเพศถือเป็นเรื่องต้องห้ามในหลายประเทศเมื่อไม่กี่ทศวรรษก่อน แต่ในปัจจุบันได้รับการยอมรับโดยทั่วไป ในทำนองเดียวกัน การแสดงความรักต่อหน้าสาธารณชนไม่ได้ทำให้คนส่วนใหญ่ต้องมองซ้ำเป็นครั้งที่สอง ไม่เหมือนในอดีตที่การแสดงความรักภายนอกถูกจำกัดอยู่แต่ในบ้านหรือห้องนอนส่วนตัวเท่านั้น ในบางประเทศ การร้องไห้มักถูกมองว่าเป็นจุดอ่อนของผู้ชาย อย่างไรก็ตาม หากพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นในบริบทของโศกนาฏกรรม เช่น เหตุการณ์ยิงสังหารหมู่ ซึ่งมีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจำนวนมาก ก็ถือว่าเหมาะสมและเข้าใจได้ ซึ่งการพิจารณาว่าพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากสถิติไม่ได้เป็นสิ่งที่น่าประหลาดใจไป ความเป็นอัจฉริยะเป็นตัวอย่างของพฤติกรรมที่ไม่ถือเป็นบรรทัดฐาน

การกำหนดความหมายที่สำคัญ

ประเด็นสำคัญจนถึงขณะนี้เกี่ยวข้องกับความหมายของพฤติกรรมปกติและผิดปกติ เราพบว่า การศึกษาพฤติกรรมปกติอยู่ภายใต้การดูแลของสาขาจิตวิทยาเชิงบวก ในทำนองเดียวกัน การศึกษาทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับพฤติกรรมผิดปกติ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคาดการณ์ได้อย่างน่าเชื่อถือ อธิบาย วินิจฉัย ระบุสาเหตุ และรักษาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เรียกว่าจิตวิทยาผิดปกติหรืออปกติ (abnormal psychology) พฤติกรรมผิดปกติอาจกลายเป็นโรค และนำไปสู่การศึกษาทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตวิทยา หรือจิตพยาธิวิทยา (psychopathology) จากหัวข้อข้างต้น เราสามารถกำหนดคำจำกัดความของความผิดปกติทางจิตวิทยาหรือทางจิตได้ดังนี้ **ความผิดปกติทางจิตใจ (mental disorders)** หมายถึง ลักษณะที่ใช้ อธิบายการทำหน้าที่ผิดปกติของจิตใจ ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทางร่างกายและ/หรือทางจิตใจ หรือการทำงานบกพร่อง และไม่ใช่พฤติกรรมที่คาดหวังตามมาตรฐานทางสังคมหรือวัฒนธรรม ส่วน **จิตพยาธิวิทยาในเด็ก (child psychopathology)** หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก

การจำแนกประเภทความผิดปกติทางจิต

การจำแนกประเภทความผิดปกติทางจิตเป็นวิธีการจัดระเบียบหรือจัดหมวดหมู่สิ่งของ สำหรับ พฤติกรรมที่ผิดปกตินั้นการจำแนกความผิดปกติมีประโยชน์ในการช่วยให้เรามีคำศัพท์ (nomenclature) หรือ ระบบการตั้งชื่อ (classification) เพื่อสร้างโครงสร้างความเข้าใจของเราเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใน ลักษณะที่มีความหมาย แน่นอนว่าเราต้องการเรียนรู้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้เกี่ยวกับความผิดปกติบางอย่าง เพื่อที่จะได้เข้าใจสาเหตุของความผิดปกติ คาดการณ์การเกิดขึ้นในอนาคต และพัฒนาวิธีการรักษา

การกำหนดการเกิดโรค/ความผิดปกติ

ระบาดวิทยาเป็นการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับความถี่และสาเหตุของโรคและสภาวะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอื่น ๆ ในประชากรเฉพาะ เช่น โรงเรียน ละแวกบ้าน เมือง ประเทศ และโลก ระบาดวิทยาทางจิตเวชหรือสุขภาพจิต หมายถึง การเกิดโรคทางจิตในประชากร ในสถานพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้รับบริการ/ผู้ป่วยมี ปัญหาเฉพาะหรือปัญหาที่นำมา และแพทย์หรือพยาบาลจะให้คำอธิบายทางคลินิกเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ประกอบเป็นความผิดปกติทางจิตนั้น นอกจากนี้ยัง พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรค สาเหตุ การดำเนินโรค และความเป็นไปได้ในการรักษา การเกิดโรค สามารถตรวจสอบได้หลายวิธี ตัวอย่างเช่น

ความชุก (prevalence)

ความชุก หมายถึง ร้อยละของประชากรในประชากรที่มีความผิดปกติทางจิตหรืออาจมองได้ว่าเป็นจำนวนกรณีหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดในตัวอย่าง ตัวอย่างเช่น หากบุคคล 20 คนจาก 100 คนเป็นโรคไบโพลาร์ อัตราการแพร่ระบาดจะอยู่ที่ร้อยละ 20 อัตราการแพร่ระบาดสามารถวัดได้หลายวิธี ได้แก่

- **อัตราการแพร่ระบาดแบบจุด (point prevalence)** หมายถึง ความชุก ณ เวลาจุดใดจุดหนึ่ง บ่งชี้สัดส่วนของประชากรที่มีลักษณะดังกล่าวในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ จำนวนผู้ป่วยที่ยังมีอาการ เช่น ความชุกในการเกิดน้ำหนักรั่วขึ้นจากการใช้ยาจิตเวช ในปี 2558 เป็นร้อยละ 15 เป็นต้น
- **อัตราการแพร่ระบาดตามช่วงเวลา (period prevalence)** หมายถึง ความชุกในช่วงเวลาที่กำหนด บ่งชี้สัดส่วนของประชากรที่มีลักษณะดังกล่าวในช่วงเวลาใด ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ โดยทั่วไปคือในปีที่ผ่านมา เช่น ความชุกในการเกิดอาการไอจากการใช้ยา enalapril ในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2554–พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 10 เป็นต้น
- **อัตราการระบาดตลอดช่วงชีวิต (lifetime prevalence)** หมายถึง สัดส่วนของประชากรที่มีลักษณะดังกล่าวในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต

ตามสถิติปี ค.ศ. 2020 โดย national alliance on mental illness (NAMI) สำหรับผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา 1 ใน 5 คน มีอาการป่วยทางจิต 1 ใน 20 คนมีอาการป่วยทางจิตที่ร้ายแรง 1 ใน 15 คนมีอาการทั้งจากการใช้สารเสพติดและความผิดปกติทางจิต และมากกว่า 12 ล้านคนมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง [7] ในแง่ของวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี ในปี 2020 1 ใน 6 คนมีอาการซึมเศร้ารุนแรง 3 ล้านคน มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง และมีการไปห้องฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 31 ในกลุ่มผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกา อายุระหว่าง 18-25 ปี 1 ใน 3 มีอาการป่วยทางจิต 1 ใน 10 มีอาการป่วยทางจิตร้ายแรง และ 3.8 คนมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง [7] ตัวเลขเหล่านี้แสดงถึงอัตราการเกิดโรคในช่วงมีประจำเดือนระหว่างการระบาดใหญ่และในปี ค.ศ. 2020

ในประเทศไทยมีประมาณการว่าคนไทยเป็นโรคจิตประมาณ 2.9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2566 และอาจมีคนไทยมีปัญหาแต่ไม่ได้รับการรักษาประมาณ 10 ล้านคน โดยความชุกของโรคจิตที่พบบ่อยมี ดังนี้ ร้อยละ 2.5 เป็นโรคออทิซึม ร้อยละ 8.1 เป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 1.37 มีความบกพร่องด้านสติปัญญา ร้อยละ 1.8 เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 0.87 เป็นโรคจิต และร้อยละ 0.3-0.9 เป็นโรควิตกกังวล [8] โดยกลุ่มอายุ 15-18 ปี และ 19-22 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเครียดด้านการเรียน และความคาดหวังถึงงานในอนาคตมากที่สุด โดยอยู่ที่ร้อยละ 38.4 และร้อยละ 60.9 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มอายุ 23-25 ปี ปัจจัยด้านการเงินทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดถึงร้อยละ 67.1 รองลงมา คือ การเรียนและการทำงานร้อยละ 66.1 ซึ่งก็ถือว่าต่างกันไม่มาก [9]

อุบัติการณ์ (incidence)

อุบัติการณ์ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในประชากรในช่วงเวลาหนึ่ง โดยทั่วไปการวัดนี้จะมีจำนวนน้อยกว่าเนื่องจากไม่รวมผู้ป่วยที่มีอยู่แล้วเหมือนกับอุบัติการณ์ หากต้องการทราบจำนวนผู้ป่วยโรคกลัวสังคมรายใหม่ในปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่วันที่ 21 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 20 สิงหาคม 2567) จะต้องนับเฉพาะกรณีที่เริ่มในช่วงเวลาดังกล่าวเท่านั้น และละเว้นกรณีที่เริ่มก่อนวันที่เริ่มแม้ว่าขณะนี้ผู้คนจะมีอาการป่วยทางจิตก็ตาม ซึ่งอุบัติการณ์มักได้รับการศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้สามารถระบุสาเหตุและป้องกันการเกิดโรคในอนาคตได้

โรคร่วม (comorbidity)

โรคร่วม หมายถึง ความผิดปกติทางจิตสองอย่างหรือมากกว่าเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันและในบุคคลเดียวกัน จากการศึกษา the national comorbidity survey (NCS) [10] พบว่าร้อยละ 45 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหนึ่งอย่างตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสองอย่างหรือมากกว่านั้น และความรุนแรงของโรคทางจิตในแง่ของความบกพร่องนั้นมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับโรคร่วม และโรคจากการใช้สารเสพติดมักเป็นผลมาจากโรคต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวลและโรคไบโพลาร์ ผลกระทบที่ตามมาที่มีความสำคัญเนื่องจากบริการในการบำบัดการใช้สารเสพติดและโรคทางจิตมักจะแยกจากกัน แม้ว่าโรคทั้งสองจะมีลักษณะร่วมกันก็ตาม

ปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต

การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของโรค (etiology)

การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของโรค หมายถึง การศึกษาสาเหตุของความผิดปกติ อาจมีคำอธิบายทางสังคม ชีววิทยา หรือจิตวิทยาสำหรับความผิดปกติซึ่งจำเป็นต้องทำความเข้าใจเพื่อระบุการรักษาที่เหมาะสม ในทำนองเดียวกัน ประสิทธิภาพของการรักษาอาจให้เบาะแสบางอย่างเกี่ยวกับสาเหตุของความผิดปกติทางจิต การดำเนินไปของความผิดปกติ (course) หมายถึง รูปแบบเฉพาะของความผิดปกติ ความผิดปกติอาจเป็นแบบเฉียบพลัน (acute) หมายถึง ความคงอยู่ชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง หรือแบบเรื้อรัง (chronic) หมายถึง ความคงอยู่เป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกเป็นแบบมีระยะเวลาจำกัด (time-limited) หมายความว่าผู้ป่วยฟื้นตัวได้หลังจากผ่านไประยะหนึ่ง ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่ก็ตาม

การพยากรณ์โรค (prognosis)

การพยากรณ์โรค หมายถึง แนวทางที่คาดว่าความผิดปกติทางจิตจะดำเนินไป ปัจจัยสำคัญในการกำหนดการดำเนินไปของความผิดปกติคืออายุ โดยความผิดปกติบางอย่างจะแสดงอาการแตกต่างกันในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่

การรักษา (treatment)

การรักษา หมายถึง ขั้นตอนใด ๆ ที่มุ่งหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผิดปกติให้เป็นพฤติกรรมปกติ ผู้ป่วยโรคจิตจะแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อบรรเทาในระดับหนึ่งโดยการบำบัดหลายชุด ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตที่ผ่านการฝึกอบรมอาจสั่งยาหรือใช้จิตบำบัดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้ การรักษาอาจขอรับได้จากผู้ให้บริการดูแลเบื้องต้น ในสถานพยาบาลผู้ป่วยนอก หรือผ่านการดูแลผู้ป่วยในหรือการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชหรือแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป ตามข้อมูลของ NAMI ระยะเวลาเฉลี่ยระหว่างการเริ่มมีอาการและการรักษาคือ 11 ปี โดยผู้ใหญ่ร้อยละ 45 ที่มีอาการป่วยทางจิต ผู้ใหญ่ร้อยละ 66 ที่มีอาการป่วยทางจิตร้ายแรง และเยาวชนร้อยละ 51 ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับการรักษานี้ในแต่ละปี นอกจากนี้ รายงานยังระบุว่าผู้ใหญ่ผิวขาวร้อยละ 50 เลสเบี้ยน/เกย์และไบเซ็กชวลร้อยละ 49 ลูกครึ่ง/หลายเชื้อชาติร้อยละ 43 ฮิสแปนิกหรือละตินร้อยละ 34 ผิวดำร้อยละ 33 และเอเชียร้อยละ 23 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการรักษาหรือคำปรึกษาในปีที่ผ่านมา [7]

การรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวช

จากข้อเท็จจริงที่ว่าผู้รับบริการสามารถขอรับการรักษาดูแลได้หลายวิธี แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ที่มีอาการทางจิตหลายคนที่ต้องการการดูแลไม่เคยขอรับการดูแลเลย เนื่องจากสังคมเป็นผู้กำหนดว่าอะไรถือเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติผ่านวัฒนธรรมและบรรทัดฐานทางสังคม และผลที่ตามมาบางประการจากสิ่งนั้น เพื่อทำความเข้าใจบทบาทของสังคมอย่างถ่องแท้ว่าเพราะเหตุใดบุคคลจึงไม่ขอรับการดูแล เราจำเป็นต้องกำหนดกระบวนการทางจิตวิทยาที่อยู่เบื้องหลังปรากฏการณ์นี้ในแต่ละบุคคลบางประเด็น ดังนี้

การรับรู้ทางสังคม (social cognition) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมที่อยู่รอบตัวจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและตีความข้อมูลนั้น เมื่อเก็บรวบรวมแล้ว ข้อมูลจะถูกส่งต่อไปยังสมองผ่านแรงกระตุ้นของระบบประสาท ซึ่งข้อมูลจะถูกประมวลผลและตีความ หรือเพิ่มความหมายให้กับข้อมูลทางประสาทสัมผัสที่เราเรียกว่าการรับรู้ วิธีหนึ่งในการเพิ่มความหมายคือการนำข้อมูลที่เรากำลังตรวจพบมาใช้ในการจัดหมวดหมู่หรือกลุ่มบุคคล สำหรับแต่ละหมวดหมู่ (categories) บุคคลจะมีโครงร่างหรือชุดความเชื่อและความคาดหวังเกี่ยวกับกลุ่มบุคคล ซึ่งเชื่อว่าจะใช้ได้กับสมาชิกทุกคนในกลุ่ม และขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ดังนั้นในระหว่างที่บุคคลได้พบกับใครสักคนครั้งแรก ก็จะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคนนั้น จัดคนคนนั้นเข้าในหมวดหมู่ที่กำหนดรูปแบบไว้ แล้วใช้ข้อมูลนั้นเพื่อส่งผลกระทบต่อวิธีที่จะได้ตอบกับพวกเขา ความประทับใจแรกพบซึ่งเรียกว่า อคติหรือความเอนเอียง (primary effect) ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะแม้ว่าบุคคลจะได้รับข้อมูลใหม่ที่ควรจะมาแทนที่การประเมินครั้งแรกที่ไม่ถูกต้อง ความประทับใจแรกพบก็ไม่น่าจะเปลี่ยนแปลงไป เราเรียกสิ่งนี้ว่าความเอนเอียงเพื่อยืนยัน (perseverance effect) หรือ ความยึดมั่นอยู่กับความเชื่อ (belief perseverance)

อคติแบบเหมารวม (stereotype bias) หมายถึง รูปแบบเฉพาะประเภทหนึ่งที่ยึดง่าย ยึดมั่น ถิ่นมั่น และไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ตรง เป็นทางลัดทางความคิด (heuristics) ที่ช่วยให้บุคคลประเมินข้อมูลที่รวบรวมมาได้อย่างรวดเร็ว ตัวอย่างเช่น ข้อมูลชิ้นหนึ่ง (เช่น สีผิว) สามารถใช้เพื่อจัดบุคคลนั้นเข้าในโครงร่างที่เรากำหนดรูปแบบไว้ได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อความคิดหรือความรู้สึกที่เรามีต่อบุคคลนั้นและการปฏิบัติต่อบุคคลนั้น โดยมนุษย์มักจะสื่อถึงสิ่งต่าง ๆ เกี่ยวกับบุคคลเพียงเพราะลักษณะเฉพาะและไม่สนใจสิ่งใด ๆ ที่ไม่สอดคล้องกับแบบแผน

ทฤษฎีอัตลักษณ์ทางสังคม (social identity theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับบุคคลที่กำหนดพื้นฐานทางสังคมด้วยลักษณะส่วนตัวและสังคม อัตลักษณ์ของบุคคลระบุว่าบุคคลแบ่งประเภทโลกทางสังคมของตนออกเป็นตัวแทนกลุ่มบุคคลที่เรียบง่ายแต่มีความหมาย [11] จากนั้นตัวแทนเหล่านั้นจะถูกจัดระเบียบเป็นต้นแบบหรือ ‘ชุดคุณสมบัติของคุณลักษณะที่กำหนดหมวดหมู่จำนวนจำกัดซึ่งไม่เพียงแต่กำหนดหมวดหมู่หนึ่งเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่แยกแยะหมวดหมู่นั้นจากหมวดหมู่อื่น ๆ’ [12] บุคคลสร้างกลุ่มในและกลุ่มนอก และจัดหมวดหมู่ตนเองเป็นสมาชิกในกลุ่มตนเองจะถูกรวมเข้ากับต้นแบบกลุ่มในที่โดดเด่น ซึ่งบ่งชี้ถึงความรู้ความสามารถ และพฤติกรรมที่อาจแสดงออก การแบ่งแยกกลุ่ม ความเหมือนกันของกลุ่มนอก อคติในกลุ่มใน/กลุ่มนอก พฤติกรรมเชิงบรรทัดฐาน และความสอดคล้อง ล้วนขึ้นอยู่กับ การแบ่งประเภทตนเอง

ความรู้สึกรังเกียจ (prejudice) และการเลือกปฏิบัติ (discrimination) ในแง่ของวิธีการปฏิบัติต่อผู้ที่มีอาการทางจิตคือการตีตราหรือตราบาป (stigma) หรือเมื่อมีการเหมารวมเชิงลบ การให้ชื่อ การปฏิเสธ และการสูญเสียสถานะ

รูปแบบการตีตรา

จากทัศนคติ ความคิด ความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลในสังคมทำให้เกิดการตีตรามีรูปแบบ ดังนี้

ตราบาปจากสังคม

ตราบาปจากสังคม (public stigma) หมายถึง ความรู้สึกทั่วไปที่สังคมมีต่อบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่าง ทัศนคติของสังคมที่มีต่อลักษณะเฉพาะเหล่านี้อาจปรากฏในสื่อ โดยมักจะส่งเสริมการรับรู้เชิงลบอย่างแนบเนียนหรือนำเสนอแบบแผนว่าเป็นข้อเท็จจริง

ตัวอย่าง

คุณบอกเพื่อนว่าคุณเป็นโรคหลายบุคลิกภาพ (DID) และพวกเขาตอบสนองโดยพูดว่า ‘เดี๋ยวนะ นั่นมันน่ากลัวนะ ถ้า ‘บุคลิกภาพ’ ของคุณอย่างใดอย่างหนึ่งพยายามฆ่าใครสักคนล่ะ คุณจะรู้เรื่องนี้ด้วยไหม’

แน่นอนว่าความเข้าใจ (ที่ไม่ถูกต้อง) ของบุคคลในสังคมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตนี้มาจากการนำเสนอภาพผู้ที่เป็นโรค DID ในสื่อต่าง ๆ ที่กระทำความรุนแรง

ตราบาปจากตนเอง

ตราบาปจากตนเอง (self-stigma) หมายถึง การที่บุคคลยอมรับการตีตราในที่สาธารณะ โดยอาจเริ่มจากความคิดว่าลักษณะเฉพาะหรืออาการของตัวเองนั้น ‘น่าละอาย’ และสมควรได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ หรือเชื่อว่าคุณได้รับการตัดสินเชิงลบเพราะสิ่งเหล่านี้ เมื่อบุคคลรับเอาอคติและอคติเชิงลบไว้ในตัว และในที่สุดก็เลือกปฏิบัติต่อตนเอง พวกเขาอาจรู้สึกละอายใจ นับถือตนเองน้อยลง สิ้นหวัง ขาดประสิทธิภาพในตนเอง และกลไกการรับมือลดลง

ตัวอย่าง

บุคคลบางคนอาจคิดว่าตัวเองอ่อนแอเพราะเป็นโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) โดยเฉพาะเมื่อคนรอบตัวบอกว่าบุคคลนั้นกำลังมีปฏิกิริยาเกินเหตุต่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เคยประสบ

การรับรู้ถึงตราบาป

การรับรู้ถึงตราบาป (perceived stigma) หมายถึง การที่บุคคลเชื่อ (ไม่ว่าจะถูกหรือไม่ก็ตาม) ว่าคนรอบตัวหรือสังคมโดยรวมจะตัดสินตนในแง่ลบเพราะมีลักษณะบางอย่าง

ตัวอย่าง

บุคคลอาจซ่อนคอลเลกชันสัตว์ตุ๊กตาของตัวเองจากเพื่อน ๆ เพราะกลัวว่าพวกเขาจะมองว่าตนไม่เป็นผู้ใหญ่ หรือสงสัยว่าตนสนใจของเล่นของเด็กหรือไม่

การหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา

การหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา (label avoidance) หมายถึง การหลีกเลี่ยงการถูกตีตราว่า ‘บ้า’ หรือ ‘เพี้ยน หรือลักษณะบางอย่าง’ โดยการพยายามแยกตัวเองออกจากกลุ่มที่ถูกตีตราโดยการปฏิเสธการรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงการวินิจฉัย

ตัวอย่าง

บุคคลอาจหลีกเลี่ยงการรับการรักษาโรคจิตเภทเพราะกังวลว่าการวินิจฉัยจะทำให้เสียสิทธิ์ในการดูแลลูก ๆ ของตนเอง

ตราบาปเชิงโครงสร้าง

ตราบาปเชิงโครงสร้าง (structural stigma) หมายถึง นโยบายของสถาบันที่อิงจากทัศนคติที่ตีตราบุคคลที่ทำงานให้กับสถาบันนั้นอาจไม่มีอคติต่อตัวบุคคล แต่ระบบทำงานในลักษณะที่ทำให้บุคคลเสียเปรียบ

ตัวอย่าง

บุคคลสมัครงานใหม่ทางออนไลน์หลังจากใช้เวลาหนึ่งปีในการฟื้นตัวจาก COVID-19 ที่ยาวนาน ซอฟต์แวร์การจ้างงานของบริษัทจะย้ายประวัติโดยย่อของบุคคลนั้นไปไว้ท้ายสุดของข้อมูลดิจิทัล โดยแทบจะรับประกันได้ว่าไม่มีใครตรวจสอบประวัติของเขาเลย เพียงเพราะผู้เขียนโค้ดสันนิษฐานว่าผู้ที่ว่างงานนานจะไม่น่าเชื่อถือ

ตราบาปต่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ

ตราบาปต่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ (health practitioner stigma) หมายถึง เมื่อความเชื่อของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์เกี่ยวกับเชื้อชาติ เพศ หรือแบบแผนอื่น ๆ ชัดขวางความสามารถในการดูแลที่มีประสิทธิภาพของพวกเขา

ตัวอย่าง

บุคคลมาติดต่อกับปรึกษาเพื่อขอรับการสนับสนุนสำหรับความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบหลีกเลี่ยง (avoidant personality disorder) เนื่องจากความกลัวหรือวิตกกังวล แต่พวกเขาเชื่อว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ดังนั้นพวกเขาจึงปฏิเสธที่จะทำงานกับบุคคลนั้นเพียงเพราะการวินิจฉัยของเขา ในความเป็นจริง ทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้

การตีตราแบบเชื่อมโยง

การตีตราแบบเชื่อมโยง (associative stigma) หมายถึง การมุ่งเป้าไปที่ผู้คนที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่าง บุคคลอาจเผชิญกับคำวิจารณ์และการตัดสินสำหรับการเลือกที่จะติดต่อกับบุคคลที่ทำบางสิ่งที่ ‘ผิด’ ตามมาตรฐานของสังคม

ตัวอย่าง

เพื่อนของเราอาจกล่าวหาเราว่า ‘สนับสนุน’ ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดของพี่น้องของเรา เมื่อเราเลือกที่จะสนับสนุนพวกเขาผ่านการบำบัดและการฟื้นฟูแทนที่จะตัดขาดการติดต่อทั้งหมด

รูปแบบอื่นของการตราบาปที่ควรสังเกตคือ การตีตราจากความสุภาพ (courtesy stigma) หรือเมื่อการตีตราส่งผลกระทบต่อบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต คาเนลิ มิเลอร์ (Miller) [13] พบว่าครอบครัวของผู้ที่ได้รับผลกระทบมักถูกตำหนิ ปฏิเสธ หรือถูกดูถูกเมื่อผู้อื่นรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวมีอาการป่วยทางจิตที่ร้ายแรง (serious mental illness: SMI) ด้วยเหตุนี้ พวกเขาจึงรู้สึกเจ็บปวดและเหมือนถูกทรยศ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในช่วงเวลาที่ยากลำบากก็หายไป ส่งผลให้มีระดับความเครียดที่มากขึ้น เพื่อรับมือกับเรื่องนี้ ครอบครัวบางครอบครัวจึงปกปิดอาการป่วยของญาติ และผู้ปกครองบางคนก็พยายามตัดสินใจว่าควรเปิดเผยอาการป่วยของลูกหรือไม่ ผู้ปกครองบางคนต่อสู้กับปัญหาการเผชิญหน้ากับการตีตราผ่านความพยายามในการให้การศึกษาและ/หรือการเพิกเฉยต่อมันเนื่องจากไม่มีพลังเพียงพอหรือต้องการรักษาขอบเขตส่วนตัว นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องเข้าใจการตอบสนองของผู้อื่นและนำไปโยงกับ

การขาดความรู้ ประสบการณ์ และ/หรือการนำเสนอในสื่อ ในบางกรณี การประเมินสถานการณ์ใหม่ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่นแทนที่จะรู้สึกถูกดูถูกหรือถูกตำหนิ ซึ่งแต่ละครอบครัว ‘พัฒนากลยุทธ์การรับมือของตนเองซึ่งแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ส่วนบุคคล ค่านิยม และขอบเขตของภาระผูกพันอื่น ๆ’ และ ‘กลยุทธ์การรับมือที่ครอบครัวใช้จะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา’

ผลกระทบอื่น ๆ ของการติตรา ได้แก่ การถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับงาน ส่งผลให้มีการติตราตนเองและความเครียดมากขึ้น [14] อัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อไม่มีการรักษา และโอกาสที่ลดลงในการแสวงหาความช่วยเหลือในอนาคต [15] ผลการศึกษาหลังนี้ยังแสดงให้เห็นอีกด้วยว่า การติดต่อกับผู้ที่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิตทำให้โอกาสในการแสวงหาความช่วยเหลือลดลง ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของมหาวิทยาลัยร้อยละ 48 ระบุว่าพวกเขาต้องการความช่วยเหลือด้านปัญหาทางอารมณ์หรือสุขภาพจิตในปีที่ผ่านมา แต่ไม่ได้แสวงหาความช่วยเหลือ ผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นอีกด้วยว่า การติตราได้แสดงให้เห็นว่าการเว้นระยะห่างทางสังคมอันเป็นผลจากการติตราได้แสดงให้เห็นว่าเพิ่มขึ้นตลอดช่วงชีวิตซึ่งแสดงให้เห็นว่าแคมเปญต่อต้านการติตราควรเน้นไปที่ผู้สูงอายุเป็นหลัก

แนวโน้มที่น่ากังวลอย่างหนึ่งก็คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้รับบริการ มาที่สันจาacobสัน และเองสตอม (Mårtensson, Jacobsson and Engström) [17] พบว่าเจ้าหน้าที่ของคลินิกผู้ป่วยนอกของสวีเดนมีทัศนคติเชิงลบมากที่สุดเกี่ยวกับการที่นายจ้างจะยอมรับผู้สมัครเข้าทำงานหรือไม่ ความเต็มใจที่จะเป็นเพื่อนกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการจ้างผู้ป่วยมาดูแลเด็ก ทัศนคติจะรุนแรงขึ้นเมื่อเป็นเจ้าหน้าที่รักษาผู้ป่วยโรคจิตหรืออยู่ในสถานพยาบาล และเจ้าหน้าที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยทางจิตมากขึ้นหากความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติดังกล่าวถูกติตราไปน้อยลง ซึ่งสถานที่ทำงานมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยที่ฟื้นตัวและกลับมาใช้ชีวิตปกติในสังคมได้มากกว่า ผู้ป่วยมีอาการป่วยทางจิตเรื้อรังและกลับมาเป็นซ้ำและ/หรือเคยมีเพื่อนสนิทคนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพจิต ช่วยจัดการกับการติตราไปในชุมชนสุขภาพจิตได้

การติตราตนเองยังแสดงให้เห็นว่าส่งผลต่อความนับถือตนเอง ซึ่งส่งผลต่อความหวัง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ดังนั้นความหวังจึงควรเป็นบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการบำบัดที่ออกแบบมาเพื่อลดความรังเกียจภายใน และมุ่งเป้าไปที่ทั้งความหวังและความนับถือตนเอง การบำบัดนี้จะแทนที่ความเชื่อที่ติตราด้วยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งนำไปสู่ความหวังและความนับถือตนเองในระดับที่สูงขึ้นในผู้รับบริการ ซึ่งอาจช่วยลดความอ่อนไหวต่อความรังเกียจภายในได้

ความรู้สึกรังเกียจนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการเรียกร้องให้เปลี่ยนแปลงความรู้สึกรังเกียจ การกำหนดเป้าหมายไปที่การติตราเกี่ยวข้องกับวาระสองประการที่แตกต่างกัน ได้แก่ วาระการบริการโดยมีความพยายามที่จะลบล้างการติตราเพื่อให้ผู้คนสามารถแสวงหาบริการด้านสุขภาพจิต และวาระด้านสิทธิโดยมีความพยายามที่จะแทนที่การเลือกปฏิบัติที่ ‘พรากโอกาสอันชอบธรรมของบุคคลไปด้วยทัศนคติและพฤติกรรมที่ยั่งยืน’ [18] วาระแรกจะประสบความสำเร็จเมื่อมีหลักฐานว่าผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตกำลังแสวงหาบริการมากขึ้นหรือมีส่วนร่วมมากขึ้น วาระหลังจะประสบความสำเร็จเมื่อมีผู้ที่

มีอาการป่วยทางจิตที่อยู่ในวัยทำงานได้รับการอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลได้จัดการกับปัญหานี้ด้วยกฎหมายสำคัญ เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลที่ราคาไม่แพง พระราชบัญญัติความเท่าเทียมด้านสุขภาพจิตและความเสมอภาคในการสื่อสารหรือยา และพระราชบัญญัติคนพิการ อย่างไรก็ตาม การคุ้มครองไม่ได้มีความสม่ำเสมอในทุกกลุ่มย่อยเนื่องจาก 1) ภาษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับเกณฑ์การรวมและการยกเว้นในกฎหมายหรือกฎการบังคับใช้ 2) ภาษาในกฎหมายที่คลุมเครือซึ่งส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการตีความว่ากลุ่มใดมีคุณสมบัติสำหรับการคุ้มครอง และ 3) แรงจูงใจที่สร้างขึ้นโดยกฎหมายที่ส่งผลต่อกลุ่มเฉพาะแตกต่างกัน

มุมมองสมัยใหม่ของการเกิดอาการทางจิต

จากศตวรรษที่ 20-21 การเสื่อมถอยของแนวทางการรักษาด้านศีลธรรมในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของมุมมองที่แข่งขันกันสองแบบ ได้แก่ มุมมองทางชีววิทยาหรือทางร่างกาย และมุมมองทางจิตวิทยาหรือทางจิตใจ

มุมมองทางชีววิทยาหรือทางร่างกาย (biological or somatogenic perspective)

ฮิปโปเครติสและกาเลน (Hippocrates and Galen) แพทย์ชาวกรีกกล่าวว่าความผิดปกติทางจิตมีความคล้ายคลึงกับความผิดปกติทางกายและมีสาเหตุจากธรรมชาติ แม้ว่าแนวคิดนี้จะเลื่อนหายไปหลายศตวรรษ แต่ก็กลับมาปรากฏขึ้นอีกครั้งในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ด้วยเหตุผลสองประการ **ประการแรก** เอมีล คราเปลิน (Emil Kraepelin) จิตแพทย์ชาวเยอรมัน (ค.ศ. 1856-1926) ค้นพบว่าอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นเป็นกลุ่ม ซึ่งเขาเรียกว่ากลุ่มอาการ (syndromes) กลุ่มอาการเหล่านี้แสดงถึงความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งมีสาเหตุ แนวทางการรักษา และการพยากรณ์โรคที่ชัดเจน ในปี ค.ศ. 1883 เขาได้ตีพิมพ์หนังสือของเขาชื่อ compendium der psychiatrie (ตำราจิตเวชศาสตร์) และบรรยายถึงระบบการจำแนกประเภทความผิดปกติทางจิตซึ่งกลายมาเป็นพื้นฐานของคู่มือการวินิจฉัยและสถิติความผิดปกติทางจิต (DSM) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งปัจจุบันอยู่ในฉบับแก้ไขครั้งที่ 5 (ตีพิมพ์ในปี 2022)

ประการที่สอง ในปี ค.ศ. 1825 อาการทางพฤติกรรมและทางปัญญาของโรคซิฟิลิสระยะลุกลามรวมถึงความเชื่อที่ว่าทุกคนกำลังวางแผนต่อต้านตนหรือว่าตนคือพระเจ้า (อาการหลงผิดว่าตนเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่) และแพทย์ชาวฝรั่งเศส อ็องตวน ลอเรนต์ เบย์ (A.L.J. Bayle) ตั้งชื่อว่า อาการอัมพาตทั่วไป (general paresis) ในปี ค.ศ. 1897 จิตแพทย์ชาวเวียนนา ริชาร์ด ฟอน ครัฟ-เอบิง (Richard von Krafft-Ebing) ได้สื่อสารจากสเปอร์ซิฟิลิสให้กับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั่วไป และสังเกตว่าผู้ป่วยไม่มีอาการของซิฟิลิสเลย ซึ่งบ่งชี้ว่าพวกเขาต้องเคยสัมผัสโรคนี้มาก่อนและได้รับภูมิคุ้มกันแล้ว สิ่งนี้ทำให้สรุปได้ว่าซิฟิลิสเป็นสาเหตุของอาการ

อัมพาตครึ่งซีก ในปี ค.ศ. 1906 ออกัสต์ ฟอน วาสเซอร์มันน์ (August von Wassermann) ได้พัฒนาวิธีตรวจเลือดเพื่อหาโรคซิฟิลิส และในปี ค.ศ. 1917 ก็พบวิธีรักษา

ยูลีอุส วากเนอร์-เยาเร็ก (Julius von Wagner-Jauregg) ได้สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกที่ติดเชื้อมาเลเรียสามารถหายจากอาการป่วยได้ เพื่อทดสอบสมมติฐานนี้ เขาจึงฉีดเลือดของทหารที่เป็นมาเลเรียให้กับผู้ป่วย 9 ราย ผู้ป่วย 3 รายหายเป็นปกติ ในขณะที่ผู้ป่วยอีก 3 รายมีอาการอัมพาตครึ่งซีกดีขึ้นมาก ใช้สูงที่เกิดจากเชื้อมาเลเรียทำให้แบคทีเรียซิฟิลิสตายไป โรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มนำวิธีรักษาอัมพาตครึ่งซีกแบบใหม่นี้มาใช้ในแนวทางการรักษาของตนในปี ค.ศ. 1925

ในช่วงทศวรรษที่ 1930 ได้มีการนำไฟฟ้าช็อตมาใช้เป็นวิธีการรักษา ซึ่ง เบนจามิน แฟรงคลิน (Benjamin Franklin) ได้ค้นพบโดยบังเอิญขณะกำลังทดลองใช้ไฟฟ้าในช่วงต้นศตวรรษที่ 18 เขาสังเกตเห็นว่าหลังจากประสบกับไฟฟ้าช็อตอย่างรุนแรง ความทรงจำของเขาได้เปลี่ยนไป และในผลงานที่ตีพิมพ์ เขาก็ได้แนะนำให้แพทย์ศึกษาการช็อตด้วยไฟฟ้าเพื่อรักษาอาการซึมเศร้า

มุมมองทางจิตวิทยาหรือทางจิตใจ (psychological or psychogenic perspective)

มุมมองทางจิตวิทยาระบุว่าปัจจัยทางอารมณ์หรือทางจิตใจเป็นสาเหตุของความผิดปกติทางจิตและถือเป็นความท้าทายต่อมุมมองทางชีววิทยา มุมมองนี้มีประวัติศาสตร์ยาวนานแต่ไม่ได้รับความนิยมจนกระทั่งมีผลงานของแพทย์ชาวเวียนนา ฟรานซ์ แอนตัน เมสเมอร์ (Franz Anton Mesmer) (1734-1815) เขาเชื่อว่าดาวเคราะห์ส่งผลต่อร่างกายมนุษย์ด้วยแรงแม่เหล็กของสัตว์หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การสะกดจิต และเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีของเหลวแม่เหล็กสากลที่กำหนดว่าพวกเขามีสุขภาพแข็งแรงเพียงใด เขาได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของวิธีการของเขาเมื่อเขาได้รับการรักษา ตัวอย่างเช่น ออสเตอร์ไลน์ (Franzl Oesterline) หญิงวัย 27 ปีที่ป่วยด้วยโรคที่เขาเรียกว่าเป็นโรคลมชัก เมสเมอร์ได้ใช้แม่เหล็กเพื่อทำลายแรงดึงดูดของโลกที่ส่งผลต่อผู้ป่วยและทำให้เกิดความรู้สึกว่าแม่เหล็กเหลวกำลังไหลออกจากร่างกายของเธอ ขั้นตอนนี้ทำให้โรคออกจากร่างกายของเธอและช่วยให้เธอฟื้นตัวได้แทบจะในทันที แต่ในความเป็นจริง ผู้ป่วยถูกทำให้อยู่ในสภาวะคล้ายภวังค์ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถูกชักจูงได้ง่าย ในผู้ป่วยอื่น ๆ เมสเมอร์จะพาเขาไปนั่งในห้องมืด ๆ ที่เต็มไปด้วยดนตรีที่ผ่อนคลาย จากนั้นเขาจะเข้าไปโดยสวมเสื้อคลุมสีสนิมและเดินไปมาจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง สัมผัสบริเวณร่างกายที่ได้รับผลกระทบด้วยมือหรือไม้เท้า/ไม้กายสิทธิ์ ซึ่งเขาสามารถรักษาอาการหูหนวก อัมพาต การสูญเสียความรู้สึกทางร่างกาย อาการชัก ประจำเดือนมาไม่ปกติ และตาบอดได้สำเร็จ

วิธีการนี้ทำให้เมสเมอร์มีชื่อเสียงเนื่องจากเขาได้สาธิตให้ราชสำนักของขุนนางอังกฤษเห็น อย่างไรก็ตาม ชุมชนแพทย์กลับไม่ประทับใจเลย มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อสอบสวนเทคนิคของเขา แต่ไม่พบหลักฐานใด ๆ ที่พิสูจน์ทฤษฎีของเขาเกี่ยวกับพลังแม่เหล็กของสัตว์ได้ แม้ว่าเขาจะสามารถรักษาผู้ป่วยได้เมื่อผู้ป่วยสัมผัสต้นไม้ที่ 'มีแม่เหล็ก' ของเขา แต่ผลลัพธ์ก็เหมือนกันเมื่อสัมผัสต้นไม้ที่ 'ไม่มีแม่เหล็ก' ดังนั้น

เมสเมอร์จึงถูกมองว่าเป็นหมอเถื่อนและถูกบังคับให้ออกจากกรุงปารีส เทคนิคของเขาเรียกว่าการสะกดจิต (mesmerism) ซึ่งปัจจุบันรู้จักกันดีในชื่อการสะกดจิต (hypnosis)

มุมมองทางจิตวิทยาได้รับความนิยมหลังจากแพทย์สองคนที่ประกอบอาชีพในเมืองนีองซีในประเทศฝรั่งเศสค้นพบว่าพวกเขาสามารถทำให้เกิดอาการฮิสทีเรียในผู้ป่วยที่แข็งแรงสมบูรณ์ได้ผ่านการสะกดจิตและบรรเทาอาการด้วยวิธีเดียวกัน งานของมารี บรินเนอร์ (Hippolyte-Marie Bernheim) (1840-1919) และ แอมโบรส-โอกุสต์ ลีโบลต์ (Ambroise-Auguste Lieboult) (1823-1904) กลายเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งที่เรียกว่า Nancy school และแสดงให้เห็นว่าอาการฮิสทีเรียเป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการสะกดจิตตัวเอง ในปารีส ทศกศินีถูกทำลายโดย ซอง ชาร์โก (Jean Charcot) (1825-1893) ซึ่งระบุว่าอาการฮิสทีเรียเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสมองที่เสื่อม โดยสะท้อนถึงมุมมองทางชีววิทยา ชาร์โกได้รับการพิสูจน์ว่าความคิดของเขาผิด และเปลี่ยนความคิดของตนเองในที่สุด

การใช้การสะกดจิตเพื่อรักษาอาการฮิสทีเรียยังดำเนินการโดย ปีแยร์ เจเน็ต (Pierre Janet) (1859-1947) ชาวฝรั่งเศสซึ่งเป็นลูกศิษย์ของชาร์โก ซึ่งเชื่อว่าอาการฮิสทีเรียมีสาเหตุทางจิตใจ ไม่ใช่ทางชีววิทยา กล่าวคือ สาเหตุเหล่านี้รวมถึงพลังที่ไร้สติ ความคิดที่หยุดนิ่ง และความจำเสื่อม ในกรุงเวียนนา โจเซฟ เบรเออร์ (Josef Breuer) (1842-1925) ทำการสะกดจิตและให้ผู้ป่วยพูดถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้พวกเขาไม่สบายใจอย่างเปิดเผย เขาพบว่าเมื่อตื่นขึ้นมาผู้ป่วยบางคนไม่มีอาการฮิสทีเรียอีกเลย ซึ่งความสำเร็จจะยิ่งมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่เพียงแต่จำความทรงจำที่ลืมนั่นได้เท่านั้น แต่ยังได้หวนคิดถึงความทรงจำเหล่านั้นด้วยการปลดปล่อยทางอารมณ์อีกด้วย เขาเรียกวิธีการนี้ว่าวิธีการชำระล้างจิตใจ (cathartic method) และการใช้คำว่า 'การชำระล้างจิตใจในปัจจุบันนี้' หมายถึง การชำระล้างหรือปลดปล่อยอารมณ์ที่ถูกเก็บกดไว้

ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 เป็นที่ชัดเจนว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากปัจจัยทางชีววิทยาและจิตวิทยาร่วมกัน และการศึกษาวิจัยสาเหตุของความผิดปกติเหล่านี้ ได้รับการพัฒนา เช่น การพัฒนาทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เกิดขึ้นตามหลังผลงานของบรูเนอร์ (Bruner) และคนอื่น ๆ

มุมมอง/แนวโน้มในปัจจุบัน

โรคทางจิตในปัจจุบัน

บทความที่ตีพิมพ์โดยทีมแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ฮาร์วาร์ดในเดือนมีนาคม ปี 2014 ชื่อว่า 'ความชุกและการรักษาโรคทางจิตในปัจจุบัน' นำเสนอผลการศึกษาซ้ำใน national comorbidity study replication of 2001-2003 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่มากกว่า 9,000 คน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยเกือบ 46% มีอาการผิดปกติทางจิตเวชในบางช่วงเวลา โดยในชีวิตของพวกเขา โรคที่รายงานบ่อยที่สุดได้แก่ ภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 17 การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปร้อยละ 13 โรควิตกกังวลทางสังคมร้อยละ 12 โรคพฤติกรรมร้อยละ 9.5 สิ่งที่น่าสนใจอีกอย่างคือผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรควิตกกังวลและอารมณ์

มากกว่า ในขณะที่ผู้ชายมีอัตราการเป็นโรคควบคุมแรงกระตุ้นสูงกว่า ความวิตกกังวลและโรคอารมณ์ร่วมพบได้บ่อยและร้อยละ 28 รายงานว่ามีโรคที่เกิดร่วมกันมากกว่าหนึ่งโรค [19]

การใช้ยารักษาโรคทางจิตเวชและการยุติการบำบัดในสถานบำบัด

เริ่มตั้งแต่ทศวรรษ 1950 เป็นต้นมา ยารักษาโรคทางจิตเวชหรือยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทถูกนำมาใช้เพื่อรักษาโรคทางจิตและมีผลทันที แม้ว่ายาเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถรักษาโรคทางจิตได้ แต่ยาสามารถบรรเทาอาการและเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา เช่น จิตบำบัดได้

กลุ่มยาทางจิตเวช ได้แก่ ยารักษาอาการซึมเศร้าที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ยาปรับอารมณ์เพื่อรักษาโรคไบโพลาร์ ยารักษาโรคจิตเภท และยาลดความวิตกกังวลเพื่อรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปหรือโรคตื่นตระหนก แฟรงก์ (Frank 2006) พบว่าในปี ค.ศ. 1996 ยารักษาโรคจิตถูกใช้ในผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 77 และการใช้จ่ายสำหรับยาเหล่านี้เพิ่มขึ้นจาก 2.8 พันล้านดอลลาร์ในปี ค.ศ. 1987 เป็นประมาณ 18 พันล้านดอลลาร์ในปี 2001 [20] ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่า 6 เท่า กลุ่มยาจิตเวชที่ใหญ่ที่สุดคือ ยารักษาโรคจิตและยารักษาโรคซึมเศร้า รองลงมาคือยาลดความวิตกกังวล

ผลจากการใช้ยารักษาโรคทางจิตเวชคือการยุติการเข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาล หรือการปล่อยผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล การกระทำดังกล่าวทำให้ทรัพยากรต่าง ๆ ถูกย้ายจากการดูแลผู้ป่วยในไปเป็นการดูแลผู้ป่วยนอก และหันกลับมาให้ความสำคัญกับมุมมองทางชีววิทยาหรือทางกายอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชร้ายแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาล มักจะเป็นการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น

การดูแลสุขภาพแบบบริหารจัดการรายกรณี (managed health care)

การดูแลสุขภาพแบบบริหารจัดการเป็นคำที่ใช้เพื่ออธิบายประเภทของการให้บริการสุขภาพโดยการกำหนดต้นทุนของการบริการ ผู้ให้บริการที่เป็นไปได้ และจำนวนครั้งที่ผู้รับบริการที่เป็นสมาชิกสามารถเข้ารับบริการได้ภายในหนึ่งปี ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ประสานงานที่จะใช้ประโยชน์จากทรัพยากรสังคมด้านต่าง ๆ ได้อย่างคุ้มค่าและเหมาะสม

เกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นสำหรับโรคทางจิตเวช โปรแกรมการดูแลแบบมีการจัดการรายกรณีจะควบคุมการอนุมัติล่วงหน้าสำหรับการรักษาผ่านการส่งต่อจาก PCP การกำหนดการบริการที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตสามารถทำได้ และควบคุมดูแลอาการที่สามารถรักษาได้และประเภทของการรักษาที่สามารถส่งต่อได้ ระบบนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในช่วงทศวรรษ 1980 เพื่อต่อสู้กับต้นทุนการดูแลสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้น และแบ่งความรับผิดชอบออกจากผู้ประกอบวิชาชีพเพียงรายเดียวหรือกลุ่มเล็ก ๆ ที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการตามที่พวกเขารู้สึกว่าเหมาะสม ผลกระทบที่แท้จริงของการดูแลแบบมีการจัดการต่อบริการด้านสุขภาพจิตยังคงน่าสงสัย

จิตวิทยาพหุวัฒนธรรม (multicultural psychology)

เมื่อสังคมของเรามีความหลากหลายมากขึ้น ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยาต้องคำนึงถึงเพศ อายุ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) และวัฒนธรรมของผู้ป่วย และพิจารณาว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลอย่างไร นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องทำความเข้าใจว่ากลุ่มต่าง ๆ ไม่ว่าจะถูกกำหนดโดยเชื้อชาติ วัฒนธรรม หรือเพศ แตกต่างกันอย่างไร แนวทางนี้เรียกว่าจิตวิทยาพหุวัฒนธรรม

วิทยาศาสตร์การป้องกัน (prevention science)

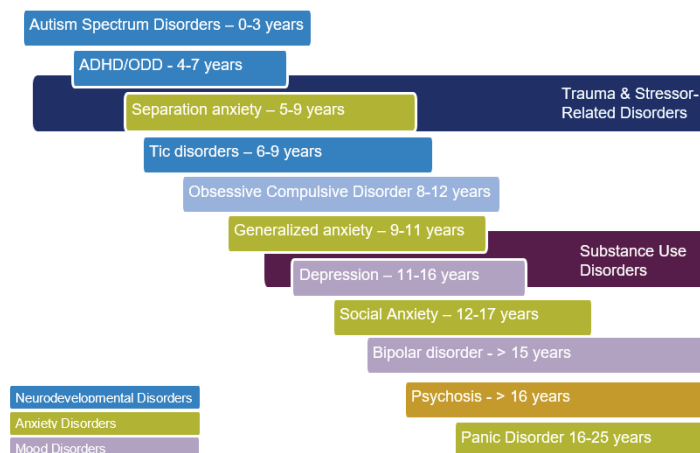
ในฐานะสังคม เราเคยรอให้ปัญหาสุขภาพจิตหรือสุขภาพกายเกิดขึ้นก่อน แล้วจึงรับหาทางรักษา แต่เมื่อไม่นานมานี้ การแพทย์และวิทยาศาสตร์ได้เริ่มดำเนินการป้องกัน โดยระบุปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเฉพาะ และดำเนินการแทรกแซงเพื่อหยุดยั้งปัญหาดังกล่าว หรืออย่างน้อยที่สุดก็ลดผลกระทบเชิงลบให้เหลือน้อยที่สุด ความสนใจของเราได้เปลี่ยนจากบุคคลเป็นประชากร มีการจัดตั้งโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตและประสบความสำเร็จในโรงเรียน ในที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการข่มเหงรังแก การกลั่นแกล้ง และที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย

ความผิดปกติทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. ความผิดปกติของพัฒนาการด้านระบบประสาท ประกอบด้วย ความบกพร่องด้านสติปัญญา ความบกพร่องด้านการพูดและการใช้ภาษา กลุ่มอาการออทิสซึม และความผิดปกติด้านการเรียนรู้
2. ความผิดปกติด้านอารมณ์ ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า กลุ่มอาการวิตกกังวล (generalized anxiety disorder, separation disorder, phobias), somatoform disorders และ conversion disorder
3. ความผิดปกติด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย โรคสมาธิสั้น โรคต่อต้านด้านสังคม และโรคเกเรรุนแรง

โรคที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นมักเป็นการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) ซึ่งในความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นเป็นกฎมากกว่าข้อยกเว้น โดยมักมีอาการร่วมมากกว่าหนึ่งอย่าง อาการของโรคร่วมอาจเป็นทั้งโรคทางกาย (เช่น เช่น โรคลมชัก ความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ ภาวะบกพร่องของสมอง) หรือสภาพจิตใจ ความเจ็บป่วยทางจิตใจที่รุนแรง เช่น โรคจิตเภทและโรคไบโพลาร์สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงวัยรุ่น เมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ความผิดปกติเหล่านี้พบน้อยในวัยรุ่น



ภาพที่ 1.1.แสดงลำดับความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นตามช่วงอายุ [17]

ปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางจิตของเด็กและวัยรุ่น

ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นสามารถเข้าใจได้ดีที่สุดจากแบบจำลองทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมสิ่งแวดล้อม ตามแบบจำลองนี้ การพัฒนาของโรคจะถูกกำหนดโดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ดังนี้

1). **ปัจจัยทางชีววิทยาหรือชีวภาพ** ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสกับความเจ็บป่วย/ก่อนและระหว่างคลอด การสัมผัสกับสาร/สารพิษก่อนคลอด เช่น นิโคติน แอลกอฮอล์ เป็นต้น ประวัติครอบครัวที่ป่วยทางจิต หากมีประวัติครอบครัวที่ป่วยทางจิต เด็กจะมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตมากขึ้น ซึ่งเกิดจากปัจจัยทั้งทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม สารเคมีในสมอง เช่น ปัญหาสุขภาพจิตอาจเกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองที่ช่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม

2). **ปัจจัยด้านจิตวิทยา** ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะของเด็กและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศ อายุ เชื้อชาติ สถิติปัญญา ความคิด การรับมือและรูปแบบ/รูปแบบความสัมพันธ์ การเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เด็กที่เคยประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญมักมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตมากขึ้น เหตุการณ์สะเทือนขวัญอาจรวมถึงการถูกทารุณกรรม การล่วงละเมิด การเห็นความรุนแรง การล่วงละเมิดทางเพศ หรือการสูญเสียคนที่รัก ความเครียดในชีวิต เช่น ความยากจน การกลั่นแกล้ง หรือการหย่าร้าง อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กได้

3). **ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของสภาพแวดล้อมในครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดู วิธีที่พ่อแม่โต้ตอบกับลูก ๆ อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของพวกเขาได้ ตัวอย่างเช่น หากพ่อแม่ชอบวิจารณ์หรือชอบใช้อำนาจมากเกินไป ลูก ๆ ก็มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตมากขึ้น ละแวกบ้าน โรงเรียน เพื่อน การกลั่นแกล้ง ความคาดหวังที่สูงของผู้ปกครอง การทารุณกรรมและละเลยเด็ก และปัจจัยชุมชนที่กว้างขึ้น การทารุณกรรมและละเลยเด็กอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ใน

เด็กและวัยรุ่น อธิติพลบริบทที่กว้างขึ้น เช่น ความเสียเปรียบและความยากจน ภัยธรรมชาติ การอพยพ การอพยพ สงครามและความรุนแรง ความแออัด การเลี้ยงดูแบบในสถานเลี้ยงเด็กยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นอีกด้วย

เด็กในฐานะผู้รับบริการ

จิตเวชศาสตร์เด็กเป็นสาขาเฉพาะทางที่มีความรู้ทางทฤษฎีและแนวทางทางคลินิกที่ชัดเจน ได้รับการยอมรับมากขึ้นตั้งแต่เริ่มมีการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการในช่วงทศวรรษปี 1920 และในช่วงทศวรรษปี 1970 จิตแพทย์ประมาณร้อยละ 6 ในสหรัฐอเมริกาได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านปัญหาเด็ก ด้วยความแตกต่างในการกระจายการบริการ แนวทางการส่งต่อในพื้นที่ ความสนใจส่วนบุคคล และการต่อต้านของประชาชนในการรับรู้ความผิดปกติทางอารมณ์ในเด็กจนกระทั่งเกิดอาการรุนแรง เด็กเล็กจำนวนมากที่มีปัญหาทางจิตจึงได้รับการนำตัวไปพบจิตแพทย์ทั่วไปก่อน นอกจากนี้ วัยรุ่นยังสร้าง ‘ดินแดนที่ไร้เจ้าของ’ ระหว่างพื้นที่ความเชี่ยวชาญและกิจกรรมของจิตแพทย์ทั่วไปและจิตแพทย์เด็ก

จิตเวชเด็กและวัยรุ่นฉุกเฉิน

ความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นเป็นสาเหตุที่พบบ่อยขึ้นเรื่อย ๆ ของการดูแลในแผนกฉุกเฉิน ความผิดปกติทางอารมณ์และความวิตกกังวล โรคจิต ปัญหาพฤติกรรม และการใช้สารเสพติด ล้วนมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความบกพร่อง และมักเกิดขึ้นในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น นอกจากนั้น ความผิดปกติเหล่านี้มักมีความซับซ้อนจากการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องใช้การควบคุมและลดความรุนแรง การประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

เช่นเดียวกับในด้านอื่น ๆ ของการบริการทางการแพทย์ สิ่งแรกที่ต้องใส่ใจคือสภาพของเด็กในทันที ซึ่งโดยปกติหมายถึงพฤติกรรมของเด็กนั้นก่อให้เกิดภัยคุกคามต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือไม่ ภาวะเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะฉุกเฉินส่วนใหญ่ในผู้ใหญ่พบได้น้อยกว่าในเด็ก ก่อนเข้าสู่วัยแรกรุ่น เราแทบจะไม่เห็นอาการโรคจิตเฉียบพลันที่มีอาการประสาทหลอนหรือความเชื่อผิด ๆ เลย อาการทางจิตในเด็กมักจะสังเกตเห็นได้บ่อยขึ้น โดยมักจะเกิดขึ้นหลังจากมีอาการมาส์กระยะหนึ่งแล้ว ในความสัมพันธ์ที่มีปัญหา การหลีกเลี่ยงสังคม ความล้มเหลวในโรงเรียน หรือรูปแบบนิสัยที่แปลกประหลาด แทนที่จะมีปฏิกิริยาซึมเศร้าอย่างเปิดเผยซึ่งมาพร้อมกับความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย เด็ก ๆ มักจะแสดงอาการซึมเศร้าในรูปแบบของการกินอาหารหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สน หรือวิงหนี อาการทางสมองเฉียบพลันที่เกี่ยวข้องกับการกินยาหรือการถอนยามักเป็นผลจากความอยากรู้ การแสดงความกล้าหาญ การเลียนแบบพ่อแม่ หรือการแข่งขันกับพี่น้องเพื่อแย่งชิง

การได้รับยาประเภทกินทางปาก ดังนั้นจึงควรทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียดเสมอ โดยปรึกษากับแพทย์ระบบประสาทหากจำเป็น เนื่องจากโรคติดเชื้อ เนื้องอก และความผิดปกติของการเผาผลาญอาหารหลายชนิด

สุขภาพจิตของเยาวชนขึ้นอยู่กับการทำงานของครอบครัว โรงเรียน และชุมชนเป็นอย่างมาก การรบกวนการทำงานของระบบเหล่านี้อาจทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการประเมินสุขภาพจิตทันที ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ การข่มขู่หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมทำร้ายร่างกาย พฤติกรรมทำลายล้าง หรือพฤติกรรมรุนแรงอื่น ๆ และการเปลี่ยนแปลงสถานะทางจิตเฉียบพลัน (เช่น มึนเมา กระสับกระส่าย โรคจิต เพ้อคลั่ง หรือวิตกกังวลอย่างรุนแรงพร้อมกับอาการทางกายเมื่อยังไม่สามารถแยกแยะสาเหตุทางการแพทย์ได้)

สถานการณ์ที่จำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างเร่งด่วน (ภายใน 48–72 ชั่วโมง) แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นภาวะฉุกเฉิน การประเมิน ได้แก่ อาการกำเริบอย่างรุนแรง ความทุกข์ใจ และ/หรือความบกพร่องทางการทำงาน ซึ่งอาจมาพร้อมกับสถานการณ์บริบทที่น่ากังวลอย่างยิ่ง และ/หรือความทุกข์ใจของผู้ดูแลอย่างท่วมท้น

การเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (เช่น ความรุนแรง ภัยพิบัติ) อาจทำให้เกิดผลทางจิตวิทยาที่หลากหลาย ซึ่งแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ และในบางสถานการณ์ อาจแสดงอาการเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้

การเตรียมการของคลินิกกุมารเวชศาสตร์เพื่อตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ประกอบด้วยกระบวนการดูแลฉุกเฉินของหน่วยงาน (เทียบเท่ากับ ‘รหัส’) และการเชื่อมโยงที่มั่นคงกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในชุมชนและผู้ให้บริการฉุกเฉิน

ตารางที่ 1.1 เป้าหมายของการประเมินทางจิตเวช

- ตรวจสอบความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตัวผู้รับบริการหรือผู้อื่นหรือไม่
- ชี้แจงการวินิจฉัยทางจิตเวช (หากมี) ที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว
- ระบุปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว
- กำหนดระดับการทำหน้าที่ของผู้รับบริการเมื่อเริ่มต้นและการเปลี่ยนแปลงจากระดับเริ่มต้นนั้น
- ระบุจุดแข็ง การสนับสนุน และปัจจัยป้องกันที่อาจบรรเทาความทุกข์และลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
- ชี้แจงปัญหาและเป้าหมายในการรักษา
- กำหนดระดับการดูแลที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการรักษา

การประเมินทางจิตเวชของเด็กและวัยรุ่นยังต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ และร่างกายด้วย แม้ว่าพัฒนาการมักจะดำเนินไปตามวิถีทั่วไป แต่พัฒนาการของเด็กแต่ละคนก็มีความเฉพาะตัว และอาจไม่ตรงกับอายุหรือลักษณะทางกายภาพของเด็กก็ได้ การปรับแต่งการสัมภาษณ์และการประเมินให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็กจะช่วยให้พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและดึงข้อมูลทางคลินิกที่ทั้งแม่นยำและเป็นประโยชน์ออกมาได้ หลักเกณฑ์ทั่วไปคือ เด็กวัยเรียนที่อายุน้อยกว่าต้อง

ได้รับคำถามที่ตรงไปตรงมามากกว่า อาจต้องใช้เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (เช่น วันเกิด วันหยุด วันเริ่มหรือเลิกเรียน) เป็นหลักในการช่วยสร้างเส้นเวลาที่เกิดเหตุการณ์ และอาจเข้าใจหัวข้อต่าง ๆ เช่น ความตาย ความบอบช้ำทางใจ หรือเพศ ที่ยังเข้าใจน้อยมากหรือแทบไม่เข้าใจเลย ในทางกลับกัน วัยรุ่นอาจตอบสนองต่อคำถามปลายเปิดหรือคำถามเชิงสำรวจได้ดีกว่า และอาจสามารถอธิบายอาการทางจิตเวชและสร้างเส้นเวลาที่เกิดเหตุการณ์ได้ด้วยตนเอง รวมถึงอาจกักข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนกับความตาย ความกระตือรือร้นทางจิตใจ เพศ หรือการใช้สารเสพติดเนื่องจากความรู้สึกอายหรือกลัวการลงโทษ ดังนั้นพยาบาลควรปรับเทคนิคการสัมภาษณ์ตามคำใบ้จากผู้รับบริการเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีและเพื่อขอข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็น

บทบาทของพยาบาลอาจรวมถึงการคัดกรองอาการที่จำเป็นต้องได้รับการประเมินฉุกเฉินหรือเร่งด่วน การรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน (ตามที่มี) เมื่อพบว่าเยาวชนมีอาการฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ฉันทามติกับผู้ดูแล บุคคลที่ส่งต่อ และผู้รับบริการเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาที่พบ สาเหตุ และขั้นตอนต่อไปที่เหมาะสม การส่งต่อไปประเมินฉุกเฉินหรือเร่งด่วนและการจัดการเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง ตามที่ระบุการติดตามเพื่อให้แน่ใจว่าการส่งต่อเสร็จสิ้นและเพื่อสนับสนุนการจัดการเฉพาะทาง

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชกับภาวะฉุกเฉินทางสังคม

แพทย์จะต้องพิจารณาว่าภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นนั้นมีลักษณะของภาวะทางจิตเวชโดยรวมหรือควรมีลักษณะเป็นภาวะฉุกเฉินทางสังคมมากกว่า โดยทั่วไป ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่ผู้รับบริการมีความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นอย่างรุนแรงนั้นควรได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ภาวะฉุกเฉินทางสังคมอาจได้รับการแก้ไขได้ดีที่สุดโดยใช้บริการในชุมชน เช่น การแทรกแซงภาวะวิกฤตที่บ้าน การบำบัดครอบครัว หรือการบำบัดแบบรายบุคคล อย่างไรก็ตาม มีหลายกรณีที่ผู้รับบริการมีลักษณะทั้งสองอย่าง ผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะฉุกเฉินทางสังคมอาจจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเพื่อการวินิจฉัยและเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการหรือครอบครัว ยิ่งไปกว่านั้น ภาวะฉุกเฉินทางสังคมมักเป็นตัวกีดกันทางจิตสังคมในตัวเองและอาจทำให้โรคจิตเวชที่เป็นพื้นฐานรุนแรงขึ้นได้ ตัวอย่างภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและสังคมบางส่วนแสดงอยู่ในตาราง.1.2

ตารางที่ 1.2. ตัวอย่างภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและทางสังคม

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช	ภาวะฉุกเฉินทางสังคม
• ความคิด วางแผน ความพยายามฆ่าตัวตาย • ความคิดทำร้ายผู้อื่น • โรคจิตเฉียบพลัน • โรคเมเนีย	• ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก • การไร้ที่อยู่อาศัย • การเสียชีวิตของครอบครัวหรือเพื่อน • การหย่าร้างหรือการแยกทางของพ่อแม่/ผู้ดูแล

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช	ภาวะฉุกเฉินทางสังคม
• โรคซึมเศร้า • โรควิตกกังวล • พฤติกรรมก้าวร้าว/กระวนกระวาย	• ความกังวลเรื่องสถานะการย้ายถิ่นฐาน • ความไม่มั่นคงด้านอาหาร • วิกฤตทางวินัย

ปัญหาที่พบบ่อยในภาวะฉุกเฉิน

แพทย์และพยาบาลจะต้องพิจารณาว่าผู้รับบริการที่อยู่ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือทรัพยากรในชุมชนจะสามารถจัดการกับอาการป่วยได้ดีที่สุดหรือไม่ การที่เราจะอธิบายปัญหาทั่วไปและตอบคำถามสำคัญที่ต้องพิจารณาระหว่างการประเมิน การวินิจฉัย และการจัดการเพิ่มเติมสำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละอย่าง ผู้รับบริการควรได้รับการประเมินมาตรฐาน ดังตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 การตรวจมาตรฐาน

การตรวจ	วัตถุประสงค์
• การวัดสัญญาณชีพ และการตรวจร่างกาย	• การคัดกรองความเสี่ยงทางการแพทย์
• การวัดการเผาผลาญ	• ประเมินความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์/กลูโคส และการทำงานของไตผิดปกติ
• การทดสอบการทำงานของตับ	• ประเมินการทำงานของตับผิดปกติและการขาดโปรตีน
• การนับเม็ดเลือด	• ประเมินภาวะเม็ดเลือดต่ำและการติดเชื้อ
• การตรวจปัสสาวะ	• ประเมินการติดเชื้อ
• การทดสอบพิษวิทยาของปัสสาวะ	• ประเมินการใช้สารบางชนิด
• การสร้างภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	• ประเมินการบาดเจ็บที่สมองและมวลในกะโหลกศีรษะ (ต้องหลีกเลี่ยง เว้นแต่จะมีข้อสงสัยสูงว่าผลการตรวจเป็นบวก)

ความคิด การวางแผน และความพยายามฆ่าตัวตาย

เมื่อพิจารณาถึงความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในเยาวชน การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุมมีความจำเป็นเพื่อจัดประเภทความเสี่ยงของผู้รับบริการและการแนะนำระดับการดูแลที่เหมาะสม มีเครื่องมือคัดกรองการฆ่าตัวตายจำนวนมากที่ใช้เพื่อจุดประสงค์นี้ อย่างไรก็ตาม ค่าการทำนายของเครื่องมือคัดกรองเหล่านี้มีค่าความแม่นยำต่ำ และการป้องกันการฆ่าตัวตายในทางปฏิบัติเป็นเรื่องยากมาก

คำถามสำคัญในการประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

- คุณมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือไม่
- คุณมีแผนว่าจะฆ่าตัวตายอย่างไรหรือไม่
- คุณได้ดำเนินการหรือเตรียมการเพื่อดำเนินการตามแผนนี้หรือไม่
- คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหรือไม่ หากเคย เมื่อไหร่และอย่างไร
- มีสิ่งใด/ใครบ้างที่จะทำให้คุณหยุดคิดเรื่องเหล่านี้หรือไม่

การคัดกรองในแผนกฉุกเฉินสำหรับวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เป็นการศึกษาหลายสถานที่เพื่อระบุการตรวจสอบวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจสอบเหล่านี้กับการใช้บริการสุขภาพจิต [21] การศึกษานี้พบว่าความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูง 5 รูปแบบ โดยมีปัจจัยเสี่ยง 6 รูปแบบที่แตกต่างกัน ได้แก่

- ประวัติมีความพยายามฆ่าตัวตายหลายครั้ง
- มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วงเดือนที่ผ่านมา
- มีภาวะซึมเศร้า
- ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด
- มีพฤติกรรมรุนแรงหันหลังเล่นหรือก้าวร้าว
- ถูกทำร้ายร่างกายหรือล่วงละเมิดทางเพศ

วัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตายในอดีต แต่ไม่ได้คิดฆ่าตัวตายเร็ว ๆ นี้ และผู้ที่มาจากกลุ่มชาติพันธุ์หรือเชื้อชาติส่วนน้อย มีแนวโน้มน้อยที่สุดที่จะเข้ารับการบำบัดด้านสุขภาพจิต

การวางแผนด้านความปลอดภัย

การประมาณระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการที่คิดฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระดับการดูแลที่ถูกต้อง ผู้รับบริการที่เชื่อว่ามีความเสี่ยงสูงสุดมักจะต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล แพทย์มักใช้กลยุทธ์ของ ‘การทำสัญญาเพื่อความปลอดภัย’ เป็นบันทึกคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับคำมั่นสัญญาของผู้รับบริการที่จะปลอดภัย แม้ว่าประสิทธิผลของกลยุทธ์นี้จะไม่ชัดเจนก็ตาม บราวน์และสแตนลีย์ (Brown and Stanley) [22] ได้ขยายความและพยายามทำให้สัญญานี้ใช้งานได้จริงและมีหลักฐานอ้างอิงมากขึ้น นั่นคือแผนความปลอดภัย แผนความปลอดภัยเป็นเอกสารที่แพทย์หรือพยาบาลและผู้รับบริการหารือเกี่ยวกับสัญญานเตือน กลยุทธ์การรับมือภายใน บุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ให้การเบี่ยงเบนความสนใจ บุคคลที่ผู้รับบริการสามารถขอความช่วยเหลือ ผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่ผู้รับบริการสามารถติดต่อได้ในช่วงวิกฤต

และขั้นตอนในการทำให้สภาพแวดล้อมที่บ้านปลอดภัยยิ่งขึ้น แผนความปลอดภัยที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยทุกคนที่คิดฆ่าตัวตายและได้รับอนุญาตให้กลับบ้านด้วยการรักษาสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอก ดังนี้

องค์ประกอบของแผนความปลอดภัยของ Brown-Stanley

1. สัญญาณเตือน (อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ภาพ สถานการณ์) อาการหรือปัญหาที่บ่งบอกว่าอาจเกิดภาวะวิกฤตหรือเชื่อมโยงกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
2. กลยุทธ์การเผชิญปัญหา – วิธีการคิด ทำ รับมือเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากปัญหาหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยไม่ต้องติดต่อกับบุคคลอื่น (เทคนิคการผ่อนคลาย กิจกรรมทางกาย ฯลฯ)
3. บุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เบี่ยงเบนความสนใจหรือที่ปลอดภัยหากมีวิกฤตหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
4. บุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้หรือติดต่อพูดคุยด้วยได้หากมีวิกฤตหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
5. ผู้เชี่ยวชาญหรือหน่วยงานที่สามารถติดต่อได้ระหว่างเกิดวิกฤต (เช่น สถานพยาบาล สายด่วน บุคคล-โทรศัพท์ ที่อยู่อาศัย)
6. การทำให้สภาพแวดล้อมปลอดภัย (การวางแผนเพื่อความปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต)

การทำร้ายตนเอง

การทำร้ายตัวเองเป็นอาการทั่วไปในแผนกฉุกเฉินของเด็ก การทำร้ายตัวเองอาจมีตั้งแต่การทำร้ายตัวเองโดยตั้งใจโดยมีเจตนาฆ่าตัวตายไปจนถึงพฤติกรรมที่ไม่ได้ตั้งใจหรือเป็นแบบซ้ำ ๆ ซึ่งมักพบเห็นในผู้ที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการ รูปแบบการทำร้ายตัวเองโดยตั้งใจที่พบบ่อยที่สุดคือการกรีดและเผา และผู้รับบริการอาจใช้พฤติกรรมเหล่านี้เป็นวิธีรับมือกับอารมณ์ที่ทุกข์ใจหรือเพื่อลงโทษตัวเอง พฤติกรรมแบบแปลก ๆ ซ้ำ ๆ อาจรวมถึงการตี กัด โขกศีรษะ หรือเกา ซึ่งผู้รับบริการอาจใช้พฤติกรรมเหล่านี้เพื่อปลอบใจตัวเอง จัดการสภาพแวดล้อม หรือแสดงความทุกข์ทางอารมณ์

คำถามสำคัญ

- คุณเคยพยายามทำร้ายตัวเองหรือไม่
- หากเคย ก็ครั้ง
- คุณทำอะไรเพื่อทำร้ายตัวเอง
- คุณคิดอย่างไรเมื่อทำร้ายตัวเอง
- มีส่วนหนึ่งในตัวคุณที่อยากตายหรือฆ่าตัวตายเมื่อทำร้ายตัวเองหรือไม่

สิ่งที่สำคัญในการรักษาเมื่อผู้รับบริการทำร้ายตัวเองคือการประเมินเพื่อทำความสะอาด เย็บแผล และปิดแผล พยาบาลควรขอประวัติการฉีดยาป้องกันบาดทะยักของผู้รับบริการ หากแผลถูกกัดรุนแรง อาจ

จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะป้องกัน เมื่อรักษาบาดแผลอย่างเหมาะสมแล้ว พยาบาลควรหารือถึงบริบทของการทำร้ายตนเองกับผู้รับบริการและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความเป็นไปได้ของเจตนาฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองอาจต้องได้รับการสังเกตอาการเป็นเวลานานหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ที่ถือว่าปลอดภัยที่จะออกจากโรงพยาบาลควรกรอกแผนความปลอดภัย โดยมีครอบครัวอยู่ด้วยก่อนออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ ผู้รับบริการและครอบครัวควรได้รับการศึกษาเกี่ยวกับสุขอนามัยที่บ้าน กระบวนการตรวจสอบ (และนำออก) สิ่งของที่อาจใช้ทำร้ายตนเองในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

กรณีศึกษา 2

เด็กหญิงอายุ 14 ปีถูกนำตัวมาที่แผนกฉุกเฉินเพื่อรับการประเมินภาวะวิกฤต เด็กมาด้วยบาดแผลที่ผิวหนังบริเวณแขน (ประมาณ 50 แผล) ซึ่งเธอทำร้ายตัวเองมาเป็นเวลาหนึ่งปี เธอเล่าให้พ่อแม่ฟังเกี่ยวกับบาดแผลที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ประมาณหนึ่งเดือนว่าเธอมักจะทำร้ายตัวเองเมื่อรู้สึกอารมณ์ไม่ดี เธอปฏิเสธการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม เธอยังคงทำร้ายตัวเองต่อไป เธอรายงานว่ามีความคิดที่ผุดขึ้นมามากมายว่าจะฆ่าตัวตาย โดยมีอาการเพิ่มขึ้นและรุนแรงขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ เมื่อถูกกลั่นแกล้งที่โรงเรียน แม้จะมีอาการเหล่านี้ แต่การทำงานของเธอก็ไม่ได้ลดลง เธอมีความเข้าใจในวัยของเธอและระบุว่าเธอทำร้ายตัวเองเพื่อบรรเทาความตึงเครียดและปิดปากความรู้สึกเหงา เธอเล่าถึงอารมณ์ที่ ‘ตกต่ำ’ ซึ่งเกิดจากสถานการณ์ที่กดดันและนอนไม่หลับ ประวัติครอบครัวมีความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เธอปฏิเสธการใช้สารเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์และไม่แสดงอาการของอาการเป็นพิษ เธอมีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ซึ่งอธิบายเธอว่าเป็น ‘เด็กดี’

เธอได้รับการประเมินว่าทำร้ายตัวเองโดยเจตนาและอาจมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้รับการประเมินว่าต่ำ และกลับบ้านโดยได้รับการส่งตัวไปรับบริการสุขภาพจิตผู้ป่วยนอก เธอกลับมาที่แผนกฉุกเฉินอีกครั้งหลังจากนั้นหกวัน โดยบอกว่าเธอรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย อ่อนล้า และอยาก ‘ยอมแพ้’ เธอบอกว่าไม่มีแผนที่จะฆ่าตัวตาย และเปิดเผยว่าเพื่อนที่ดีคนหนึ่งเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในวันก่อนหน้า ต่อมาผู้รับบริการก็ถูกส่งตัวเข้าแผนกจิตเวชสำหรับผู้ป่วยในแผนกวัยรุ่นโดยสมัครใจเนื่องจากมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง

พฤติกรรมก้าวร้าวและควบคุมพฤติกรรมไม่ได้

สาเหตุต่าง ๆ มากมายอาจเป็นสาเหตุของอาการระบิดอารมณ์ก้าวร้าว ลักษณะของสาเหตุเหล่านี้สามารถช่วยให้แพทย์และพยาบาลกำหนดแนวทางการจัดการที่ดีที่สุดได้ ตัวอย่างทั่วไป ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่กับลูก การใช้สารเสพติด อาการเมเนียหรือโรคจิต และโรคทางกายอื่น ๆ

คำถามหลัก

- พฤติกรรมที่แสดงออกมาคืออะไร
- อะไรเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเหล่านี้
- พฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นมานานเพียงใดแล้ว
- มีบุคคลหรือสิ่งของอื่นได้รับอันตรายหรือไม่
- ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลรู้สึกปลอดภัยที่บ้านกับผู้รับบริการหรือไม่

ตารางที่ 1.4 แนวทางการรักษาทั้งแบบไม่ใช้ยาและใช้ยาสำหรับอาการกระวนกระวายพิจารณาจากสาเหตุ

สาเหตุ	การรักษาโดยไม่ใช้ยา	การรักษาโดยการใช้ยา
อาการเพ้อ (delirium)	• รักษาความสม่ำเสมอของเจ้าหน้าที่ • มีสมาชิกครอบครัวอยู่ข้างเตียงเพื่อช่วยในการปรับตัว • มีนาฬิกาและปฏิทินเพื่อปรับการรับรู้ • เปิดม่านหน้าต่างในเวลากลางวัน • ดูแลแบบเป็นกลุ่มเพื่อลดปัญหาการนอนหลับ	• PO: quetiapine, risperidone หรือ clonidine • IM: olanzapine หรือ chlorpromazine • IV: haloperidol หรือ lorazepam
อาการเป็นพิษและอาการขาดสาร	• ให้อาหารและน้ำดื่ม • สอบถามผู้ปกครอง สมาชิกครอบครัวว่าจะอยู่กับผู้รับบริการหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพในปัจจุบัน	• ไม่ทราบสารที่ใช้ : lorazepam +/- haloperidol • การตรวจสารพิษในปัสสาวะผลเป็นลบ (สงสัยว่าใช้ synthetic cannabinoids หรือ cathinones) : lorazepam +/- haloperidol หรือ chlorpromazine • การตรวจความเป็นพิษของ PCP: lorazepam • อาการขาด alcohol/benzodiazepine หรือ อาการเป็นพิษจากสารกระตุ้น : lorazepam +/- haloperidol • อาการขาด opiate : clonidine หรือ opiate replacement (buprenorphine or methadone) • และการรักษาตามอาการ
ความบกพร่องด้านพัฒนาการหรือกลุ่มอาการออทิสซึม	• แท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ • อุปกรณ์ช่วยคลายเครียดและกระตุ้นประสาทสัมผัส • ผ้าห่มถ่วงน้ำหนัก • หูฟังตัดเสียงรบกวน • สตอริบอร์ดเกี่ยวกับห้องฉุกเฉิน	• การเพิ่มขนาดของยาเดิม • PO: clonidine • PO/IM: diphenhydramine • PO/IM: antipsychotic (risperidone, chlorpromazine, olanzapine)

สาเหตุ	การรักษาโดยไม่ใช้ยา	การรักษาโดยการให้ยา
การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต	• การให้อาหารและน้ำดื่ม • สอบถามผู้ปกครอง สมาชิกครอบครัวว่าจะอยู่กับผู้รับบริการหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพในปัจจุบัน	• รักษาเฉพาะสำหรับอาการทางจิต
ไม่ทราบสาเหตุ	• การให้อาหารและน้ำดื่ม • สอบถามผู้ปกครอง สมาชิกครอบครัวว่าจะอยู่กับผู้รับบริการหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพในปัจจุบัน • พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมบำบัดเพื่อลดความรุนแรง	• ระดับปานกลาง : diphenhydramine หรือ lorazepam olanzapine • ระดับรุนแรง : chlorpromazine or haloperidol +lorazepam หรือ olanzapine

หมายเหตุ : PO: oral; IM: intramuscular; IV: intravenous * [23]

อาการทางจิตและอาการหลงผิด

การตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นระบบพบว่าอาการทางจิตพบได้ค่อนข้างบ่อยในวัยรุ่น (ค่ามัธยฐานร้อยละ 17 ในกลุ่มอายุ 9 ถึง 12 ปี และร้อยละ 7.5 ในกลุ่มอายุ 13 ถึง 18 ปี) [24] หากอาการเหล่านี้ยังคงอยู่ อาจทำให้การทำงานลดลง หรือนำไปสู่ความเสี่ยงเฉียบพลันต่อผู้รับบริการหรือผู้อื่น วัยเด็กและวัยรุ่นอาจเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของเด็ก การคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยอาการทางจิตในเด็กและวัยรุ่นที่เหมาะสมมีความสำคัญสูงสุดสำหรับการชี้แจงการวินิจฉัย ความปลอดภัย และการรักษาที่ทันทั่วถึง

คำถามสำคัญ

- อาการที่ปรากฏคืออะไร
- อาการเหล่านี้เกิดขึ้นมานานแค่ไหนแล้ว
- มีประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิตหรือไม่
- ผู้รับบริการมีอาการประสาทหลอนทางหูหรือไม่ หากเป็นเช่นนั้น อาการประสาทหลอนดังกล่าวส่งผลให้ผู้รับบริการทำอะไร
- ผู้รับบริการได้ปฏิบัติตามคำสั่งเหล่านี้หรือไม่
- ระดับการทำงานปัจจุบันของผู้รับบริการเป็นอย่างไร

อาการทางจิตครั้งแรก

การตรวจหาอาการทางจิตครั้งแรกควรเริ่มจากการตรวจร่างกายโดยเน้นไปที่การตรวจระบบประสาท สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบวงเอว

ตารางที่ 1.5 รายการตรวจสำหรับผู้ที่มีอาการทางจิตครั้งแรก *

การตรวจ	สำคัญ	เป็นที่ ต้องการ	ถ้ามีข้อ บ่งชี้	เหตุผล
CBC	X			
Electrolytes	X			
Renal function tests	X			
Liver function tests	X			
ESR	X			การคัดกรองแบบกว้างเกี่ยวกับการอักเสบและ rheumatologic disorders
Antinuclear antibody	X			การคัดกรองแบบกว้างเกี่ยวกับการอักเสบและ rheumatologic disorders
Fasting glucose	X			
Lipid profile	X			
Prolactin level	X			
Hepatitis C	X			
Pregnancy test	X			
Urine drug screen	X			
TSH	X			
FTA-ABS	X			
HIV test	X			
Ceruloplasmin		X		เพื่อแยกโรค Wilson's disease
Vitamin B12		X		เพื่อแยกโรค pernicious anemia
MRI head	X			
CT head		X		ถ้าไม่มี MRI
EEG			X	หากมีประวัติการชัก การบาดเจ็บที่ศีรษะในอดีต ผู้รับบริการไม่ให้ความร่วมมือ มีอาการสับสน หรือสงสัยว่าเป็นโรคลมหลับ
Lumbar puncture			X	เฉพาะในกรณีที่มีการพิจารณาทางคลินิกกว่ามีการติดเชื้อ และการตรวจเลือดเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัย
Karyotype			X	เฉพาะในกรณีที่อาการทางร่างกายหรือประวัติครอบครัวบ่งชี้ว่ามีกลุ่มอาการทางพันธุกรรม
Heavy metals			X	หากสภาพแวดล้อมที่บ้านหรือที่ทำงานบ่งชี้ว่าได้รับสารพิษ
Eye exam			X	หากกังวลเกี่ยวกับต้อกระจก

หมายเหตุ : *จาก Freudenreich et al. [25]

อาการเพ้อ

การหาสาเหตุและการรักษาเบื้องต้นถือเป็นประเด็นสำคัญของการรักษาอาการเพ้อ (delirium) อย่างไรก็ตาม การแก้ไขอาการเพ้อให้หายขาดอย่างสมบูรณ์อาจใช้เวลาหลายวันถึงหลายเดือนหลังจากรักษาเบื้องต้น การจัดการอาการเพ้อในช่วงระหว่างการตรวจหาสาเหตุและการรักษาจะช่วยลดความเสี่ยงของ

ภาวะแทรกซ้อนที่หลีกเลี่ยงได้ มาตรการด้านสิ่งแวดล้อมเป็นการแทรกแซงที่มีความเสี่ยงต่ำและอาจให้ผลดีในการรักษาโรคพ้อในเด็กและวัยรุ่น เนื่องจากอาจช่วยลดความจำเป็นในการใช้ยา มาตรการด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย

- สร้างความสม่ำเสมอในการทำงานของพยาบาลร่วมกับผู้รับบริการให้มากที่สุด
- เปิดหน้าต่างเพื่อให้ได้รับแสงแดดเพื่อช่วยควบคุมวงจรการนอนและการตื่นนอน
- จัดรายการดูแลให้เหมาะสม (เช่น การทดสอบ การเจาะเลือด การให้ยา) เพื่อลดการรบกวนการนอนหลับให้น้อยที่สุด
- สร้างความมั่นใจว่าครอบครัวหรือเจ้าหน้าที่อยู่ข้างเตียงบ่อยครั้งเพื่อปลอบใจและปรับการรับรู้ผู้รับบริการใหม่
- วางของเล่น หนังสือ หรือเกมที่คุ้นเคยไว้ข้างเตียง

คำถามสำคัญ

- คุณมีระดับความรู้สึกตัวที่ขึ้น ๆ ลง ๆ หรือไม่ หากเป็นเช่นนั้น เป็นเวลานานเพียงใด
- มีสัญญาณชีพผิดปกติหรือไม่
- คุณมีอาการติดเชื้อหรือเจ็บป่วยหรือไม่
- มีความผิดปกติผลทางห้องปฏิบัติการหรือไม่

อาการทางกายจากอาการพ้อ

อาการทางกายจากอาการพ้อ ประกอบด้วย

- มีไข้
- ภาวะชักต่อเนื่อง (non-convulsive status epilepticus) อาการชักชนิดที่ไม่มีการเกร็งหรือกระตุกของกล้ามเนื้อ
- ภาวะไมเกรนสับสนในเด็ก (confusional migraine)
- โรคคลู๊ปสเริทิมาโทซิสในสมอง
- HIV/AIDS ระยะสุดท้าย

ยาที่เกี่ยวข้องกับอาการพ้อ

ยาที่เกี่ยวข้องกับอาการพ้อ ประกอบด้วย

- ยาด้านโคลิเนอร์จิก
- ยารักษาโรคจิต
- อาการถอนยาเบนโซไดอะซีปีน
- สารเสพติด

หากอาการเพ้อยังคงมีอยู่หลังจากปฏิบัติตามมาตรการด้านสิ่งแวดล้อมหรือยา/สารที่ขัดขวางการรักษา อาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการใช้ยา อย่างไรก็ตาม ควรทราบว่าข้อมูลควบคุมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาอยู่อย่างจำกัด คำแนะนำส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางคลินิกและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ การใช้ยาเพื่อควบคุมอาการเพ้อควรพิจารณาจากสภาพปัจจุบันของผู้รับบริการ สาเหตุของอาการเพ้อ และความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่เกี่ยวข้อง ยาต่าง ๆ เช่น เมลาโทนิและอัลฟา-2-อะโกนิสต์ อาจช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับได้ อัลฟา-2-อะโกนิสต์อาจช่วยบรรเทาอาการหงุดหงิดได้ แต่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตต่ำ และควรใช้ด้วยความระมัดระวังในวัยรุ่นที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ กาบาเพนตินอาจบรรเทาความวิตกกังวลในผู้รับบริการที่มีอาการเพ้อคลั่งได้ แม้ว่าควรหลีกเลี่ยงในเด็กที่มีการทำงานของไตบกพร่อง เบนโซไดอะซีปีนและยารักษาโรคจิตสามารถช่วยลดอาการหงุดหงิดเฉียบพลันได้ อย่างไรก็ตาม ยาทั้งสองชนิดสามารถทำให้อาการเพ้อแย่ลงได้ อาจทำให้ติดยาเบนโซไดอะซีปีน มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะและชักจากยารักษาโรคจิต และง่วงซึมมากเกินไปสำหรับทั้งสองชนิด หากมีข้อบ่งชี้ทางคลินิกเกี่ยวกับยารักษาโรคจิต ยาลำดับที่สองจะมีผลข้างเคียงที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับยาลำดับแรก ไม่ว่าจะใช้ยาชนิดใด ผู้รับบริการที่เริ่มใช้ยารักษาอาการเพ้อคลั่งควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินผลกระทบต้อาการเพ้อคลั่ง รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

อาการเป็นพิษจากยา/สารและการได้รับยา/สารเกินขนาด

คำถามสำคัญ

- อาการสำคัญของผู้รับบริการคืออะไร
- ผู้รับบริการสามารถอธิบายได้หรือไม่ที่ได้รับสารชนิดใด
- ผู้รับบริการใช้สารดังกล่าวครั้งสุดท้ายเมื่อใด

อาการขาดยาเบนโซไดอะซีปีนหรือแอลกอฮอล์เฉียบพลันและการเมาสุราอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้และต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ทันที

ขั้นตอนเริ่มต้นในการแสดงอาการของการใช้ยาเกินขนาดหรือเป็นพิษคือการประเมินทางการแพทย์ฉุกเฉินและการคัดกรองผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบไหลเวียนโลหิต ทางเดินหายใจ และการหายใจ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการของผู้รับบริการ อาจต้องตรวจระดับเกลือแร่ น้ำตาลในเลือด จำนวนเม็ดเลือดสมบูรณ์ การทดสอบการทำงานของตับ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และพิษในปัสสาวะ เพื่อระบุความคงตัวทางการแพทย์ สารที่กินเข้าไป และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการกินเข้าไป เมื่อระบุสารที่กินเข้าไปได้แล้ว ควรติดต่อบริการพิษวิทยาเพื่อขอคำแนะนำเฉพาะเกี่ยวกับการประเมิน การติดตาม และการรักษาทางการแพทย์ หากสารที่ใช้สามารถทำให้เกิดอาการเป็นพิษหรืออาการขาดยาได้ การปรึกษากับจิตเวชอาจช่วยให้ทีมแพทย์จัดการกับอาการกระวนกระวายหรือทุกข์ใจได้ ตารางที่ 1.6 สรุปอาการพิษจากการกินสารต่าง ๆ ตลอดจนอาการเป็นพิษและอาการขาดสารจากสารเสพติด

ตารางที่ 1.6 สารที่มักพบในผู้ที่ได้รับยาเกินขนาด

สาร	อาการเป็นพิษ
Salicylate	อาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หูอื้อ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว มีไข้ อ่อนแรง โคม่า ชัก หัวใจและปอดล้มเหลว เสียชีวิต
Acetaminophen/ paracetamol	- ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากกินยา: ในระยะแรกอาจไม่มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน, เหงื่อออกมาก - หลังจากกินยาไปแล้ว 24-72 ชั่วโมง: ปวดบริเวณด้านขวาบน เยื่อบุช่องท้องอักเสบ, ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) สูง, ไตเสียหาย - หลังจากกินยาไปแล้วมากกว่า 72 ชั่วโมง: ตับวายเฉียบพลัน, โรคตับ, โรคการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไตวาย เสียชีวิต
Diphenhydramine	- น้อยกว่า 0.3 กรัม: ง่วงนอน หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ มองเห็นไม่ชัด ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก ปากแห้ง - ระหว่าง 0.3-1 กรัม: กระสับกระส่าย สับสน, ประสาทหลอน QTC ยาวขึ้น - มากกว่า 1 กรัม: เพ้อ โรคลมชัก, หัวใจเต้นผิดจังหวะ โคม่า เสียชีวิต
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)	<i>Serotonin syndrome:</i> - สภาพทางจิตเปลี่ยนแปลง (ความวิตกกังวล ความกระสับกระส่าย ความสับสน) - ความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (อาการสั่น การตอบสนองไวเกิน กล้ามเนื้อกระตุกเกร็ง) - ความไม่เสถียรของระบบประสาทอัตโนมัติ (ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว อุณหภูมิร่างกายสูง เหงื่อออกมาก ปากแห้ง รูม่านตาขยาย ความทุกข์ทรมานของระบบทางเดินอาหาร หน้าแดง หัวใจเต้นผิดจังหวะ)
Lithium	เวียนศีรษะ อาเจียน ท้องเสีย ตากระตุก อาการสั่น เดินเซ หัวใจเต้นเร็ว สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชัก ความดันโลหิตต่ำ เสียชีวิต

ตารางที่ 1.7 อาการเป็นพิษและขาดสารที่พบบ่อยและคำแนะนำในการรักษา

สาร	อาการเป็นพิษ	อาการขาดสาร	การรักษา
Alcohol sedatives hypnotics	อาการง่วงซึม เวียนศีรษะ เดินเซ ตากระตุก สับสน กระสับกระส่าย ขาดการ ยับยั้งชั่งใจ ความจำเสื่อม	0-12 ชั่วโมงหลังการใช้ครั้งสุดท้าย : อาการสั่น ปวดศีรษะ วิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว หายใจ เร็ว เหงื่อออกมาก 12-24 ชั่วโมงหลังการใช้ครั้งสุดท้าย : สับสน ภาพหลอนที่ยังไม่ชัดเจน สั่น หงุดหงิด 24-48 ชั่วโมงหลังการใช้ครั้งสุดท้าย : อาการชัก เสียชีวิต 4-12 วันหลังการใช้ครั้งสุดท้าย : อาการสั่นกระตุกแบบเพ้อคลั่ง	การใช้ Benzodiazepine taper โดยการประเมิน withdrawal assessment for alcohol (CIWA-A) ส่งต่อศูนย์ยาเสพติดเพื่อ รักษา
Opioids	อาการง่วงซึม อัมเิบ สายตา สั่น คลื่นไส้ ท้องผูก ปัสสาวะ	อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ สั่น เหงื่อ ออกมาก ขนลุก รูม่านตาขยาย หาว	การดูแลแบบ ประคับประคอง โดยการ

สาร	อาการเป็นพิษ	อาการขาดสาร	การรักษา
	คั่ง ภาวะหยุดหายใจ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า หัวใจและปอดล้มเหลว หยุดหายใจ โคม่า เสียชีวิต	น้ำมูกไหล คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย วิดกกังวล ซึมเศร้า อาการเคลื่อนไหวผิดปกติ ตะคริว	ประเมิน Opiate Withdrawal Scale (COWS) การใช้ Buprenorphine induction, Methadone หรือ clonidine ส่งต่อศูนย์ยาเสพติดเพื่อรักษา
Stimulants	หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว อุนหภูมิร่างกายสูง เหงื่อออกมาก รุม่านตาขยาย เบื่ออาหาร รู้สึกสบายใจ กระสับกระส่าย ความวิตกกังวล การรับรู้ความเป็นจริงลดลง ประสาทหลอน	อาการอารมณ์แปรปรวนรุนแรง วิดกกังวล อ่อนล้า กระสับกระส่าย ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น การรับรู้ช้าลง ผื่นเหมือนจิ้งจิกกัด เจ็บผิวหนังทางเพศลดลง ความคิดฆ่าตัวตาย	การดูแลแบบประคับประคอง การบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบต่อเนื่อง การให้ Benzodiazepines ในรายที่มีอาการกระวนกระวายเฉียบพลัน ส่งต่อศูนย์ยาเสพติดเพื่อรักษา
Cannabis	เหี่ยวบุดาแดง ความจำระยะสั้นบกพร่อง ความสนใจบกพร่อง แรงจูงใจบกพร่อง เดินเซ ความผิดปกติทางการรับรู้ ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ความรู้สึกสบายตัวหรือผ่อนคลาย	ความอยากอาหารลดลง นอนหลับยาก หงุดหงิด วิดกกังวล ปวดหัว คลื่นไส้ ปวดท้อง	การดูแลแบบประคับประคอง การให้ Benzodiazepines ในรายที่มีอาการกระวนกระวายเฉียบพลัน ส่งต่อศูนย์ยาเสพติดเพื่อรักษา
Hallucinogens (PCP,MDMA, LSD, psilocybin, ketamine, GHB)	ระดับสติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง การรับรู้สภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ความผิดปกติทางการรับรู้ รู้สึกสบายตัว กระสับกระส่าย ก้าวร้าว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก	มีอาการผ่นผวน	การดูแลแบบประคับประคอง ส่งต่อศูนย์ยาเสพติดเพื่อรักษา

ภาวะซึมเศร้า

คำถามสำคัญ

- อาการของผู้รับบริการคืออะไร
- อาการเหล่านี้เกิดขึ้นมานานแค่ไหนแล้ว
- ผู้รับบริการเข้ารับการบำบัดด้านสุขภาพจิตหรือไม่ และหากเข้ารับการบำบัด เข้ารับการบำบัดที่ไหน
- ระดับการทำงานของผู้รับบริการในปัจจุบันเป็นอย่างไร แตกต่างจากระดับพื้นฐานมากเพียงใด
- ผู้รับบริการมีความคิดฆ่าตัวตาย มีเจตนา หรือมีแผนที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่ หากมี โปรดอธิบายรายละเอียด
- ผู้รับบริการได้พยายามยุติชีวิตของตนเองหรือไม่ หากมี เมื่อใด และทำอย่างไร

ในกรณีฉุกเฉิน การประเมินทางจิตเวชของผู้รับบริการที่มีอาการซึมเศร้าที่ทรามหรือสงสัยว่าเป็น นอกจากการทำความเข้าใจอาการซึมเศร้าแล้ว สิ่งสำคัญคือต้องระบุถึงความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (เจตนา การวางแผน การพยายามก่อนหน้านี้) และระดับการทำงานในปัจจุบันและข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ ประวัติการศึกษาที่สำคัญ 2 ประการนี้จะกำหนดระดับการดูแลที่จำเป็นเป็นส่วนใหญ่ โดยสรุป ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตายมักจะต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งโดยทั่วไปคือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงจนไม่สามารถทำหน้าที่ใด ๆ ได้ (เช่น กิน ดื่ม หรือทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน) อาจจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วย

มีเครื่องมือทดสอบหลายแบบที่ใช้วัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบภาวะซึมเศร้าของโคลัมเบียและแบบสอบถามอารมณ์และความรู้สึก (MFQ) ทั้งสองแบบทดสอบสามารถใช้งานได้ฟรี และแบบทดสอบหลังรองรับหลายภาษา และแบบคัดกรอง children's depression inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย

อาการกลัว/ไม่พูด

คำถามสำคัญ

- ผู้รับบริการมีอาการเช่นนี้มานานแค่ไหนแล้ว
- มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกิดขึ้นในชีวิตของผู้รับบริการหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน โรงเรียน เพื่อน
- ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยที่บ้านหรือไม่ โรงเรียน นอกโรงเรียน มีใครในชีวิตของผู้รับบริการที่คุกคามหรือไม่
- มีประวัติการล่อลวงละเมิดหรือละเลยที่ถูกกล่าวหาหรือพิสูจน์แล้วหรือไม่ หน่วยงานคุ้มครองเด็กเคยเข้ามาเกี่ยวข้องหรือไม่
- ผู้รับบริการเคยมีอาการคล้ายกันนี้มาก่อนหรือไม่

การวินิจฉัยแยกโรคสำหรับผู้รับบริการที่มีความกลัวหรือไม่พูดจากความวิตกกังวล การบาดเจ็บเฉียบพลันหรือการถูกละเมิด การพฤติกรรมต่อต้าน ภาวะไม่พูดในบางสถานการณ์ และอาการป่วยทางกาย การชักประวัติควรเน้นที่การเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้รับบริการที่บ้านหรือที่โรงเรียน การบาดเจ็บในอดีตและปัจจุบัน และประวัติของอาการที่คล้ายคลึงกัน การปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์ ประสาทวิทยา และงานสังคมสงเคราะห์/สวัสดิการเด็กอาจเป็นประโยชน์

การถูกละเมิด

คำถามสำคัญ

- ข้อกล่าวหาเรื่องการล่วงละเมิดหรือการละเลยคืออะไร
- มีหลักฐานที่บ่งชี้ถึงการทารุณกรรมหรือไม่ แม้ว่าจะไม่มีการแจ้งอย่างชัดเจน
- ใครคือผู้ต้องสงสัยในคดี
- ผู้รับบริการอาศัยอยู่กับใคร ชื่อและอายุของทุกคน รวมทั้งเด็ก ในภูมิสำเนา
- ต้องตรวจร่างกายทั้งหมดตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยบันทึกรอยถูกทำร้ายและรอยฟกช้ำ
- ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองเด็กและเยาวชน

การพบหลักฐานของการทารุณกรรมและการล่วงละเมิดเด็กเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งในแผนกจิตเวชฉุกเฉินสำหรับเด็ก การทารุณกรรมและการล่วงละเมิดอาจเป็นทั้งการตอบสนองและสาเหตุของอาการทางจิตเวชในเด็ก การประเมินสัญญาณของการทารุณกรรมหรือการล่วงละเมิดต้องได้รับการจัดการด้วยความเอาใจใส่และความเห็นอกเห็นใจและพยาบาลควรปรับวิธีการเพื่อให้คำถามคัดกรองมีความเหมาะสมตามพัฒนาการสำหรับผู้รับบริการ เมื่อใดก็ตามที่เป็นไปได้ พยาบาลควรสัมภาษณ์เด็กและวัยรุ่นโดยไม่มีผู้ดูแลอยู่ด้วยเมื่อประเมินการทารุณกรรม เนื่องจากผู้รับบริการอาจไม่รู้สึกลบอดภัยที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการทารุณกรรมต่อหน้าผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ดูแลเป็นผู้ทารุณกรรม

เด็กเล็กอาจตอบสนองต่อคำถามทางอ้อมได้ดีกว่า เช่น ‘พ่อแม่ของหนูทำอะไรเมื่อหนูมีปัญหา’ หรือ ‘คนอื่นเคยสัมผัสสอวัยะเพศของหนูไหม’ เด็กโตและวัยรุ่นอาจตอบสนองต่อคำถามที่ตรงไปตรงมามากกว่า เช่น ‘หนูเคยรู้สึกถูกละเมิดหรือไม่’ หรือ ‘มีใครเคยสัมผัสหนูในลักษณะที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจหรือไม่’ คำตอบสำหรับคำถามเหล่านี้ควรเป็นแนวทางในการซักถามโดยตรงเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางร่างกาย อารมณ์ หรือทางเพศ หรือการล่วงละเมิด แม้จะซักถามโดยตรงแล้ว เด็กหลายคนก็ยังไม่รู้สึกสบายใจที่จะเปิดเผยการล่วงละเมิดและการละเลย การสำรวจแบบเปิดกว้างว่าชีวิตที่บ้านว่าเป็นอย่างไรอาจเผยให้เห็นสัญญาณอันตราย นอกจากนี้ หากผู้รับบริการเปิดเผยการล่วงละเมิด สิ่งสำคัญคือต้องได้รับข้อมูลที่จำเป็นเท่านั้นสำหรับการรักษาและการจัดการผู้รับบริการ การเจาะลึกในรายละเอียดของการล่วงละเมิดมากเกินไปอาจทำให้ผู้รับบริการทุกขใจมากขึ้น และอาจทำให้หลักฐานปนเปื้อน และอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการทางกฎหมายในภายหลัง

ความขัดแย้งระหว่างผู้ปกครอง/เด็ก/โรงเรียน

ความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่กับลูกหรือความขัดแย้งที่โรงเรียนเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย แพทย์และพยาบาลจะต้องสอบถามประวัติพฤติกรรม สถานการณ์โดยรอบ (สาเหตุและผลที่ตามมา) และพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมใหม่หรือเรื้อรัง ผู้ปกครองและผู้ดูแลมักจะรู้สึกหงุดหงิดหรือเครียดเมื่อต้องการความช่วยเหลือ แพทย์ควรเน้นว่ามีอาการทางจิตเวชพื้นฐานที่สามารถรับการรักษาได้หรือไม่ หรือเป็นวิกฤตทางสังคม

คำถามหลัก

- พฤติกรรมที่แสดงออกมาและระดับของอันตรายต่อผู้อื่น/ทรัพย์สินเป็นอย่างไร
- สถานการณ์แวดล้อมของพฤติกรรมเหล่านี้เป็นอย่างไร
- พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมใหม่หรือเรื้อรัง
- ผู้รับบริการอยู่ในระหว่างการบำบัดทางจิตเวชหรือไม่
- สถานะการศึกษาปัจจุบันของผู้รับบริการเป็นอย่างไร (เช่น การศึกษาพิเศษ)

เด็กและวัยรุ่นอาจมาที่แผนกฉุกเฉินหลังจากเกิดความขัดแย้งที่โรงเรียน ไม่ว่าจะเป็นกับเพื่อน ครู หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร ในกรณีเหล่านี้ นอกจากการประเมินแล้ว การทำความเข้าใจหน้าที่ของพฤติกรรมและบริบทของพฤติกรรมถือเป็นกุญแจสำคัญในการจัดการ นอกจากนี้ สถานะการศึกษาของผู้รับบริการ (เช่น การศึกษาปกติเทียบกับการศึกษาพิเศษ) ยังมีความสำคัญในการทำความเข้าใจทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อสนับสนุนนักเรียน สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์และพยาบาลควรขอข้อมูลประกอบจากเจ้าหน้าที่โรงเรียนอย่างน้อยหนึ่งคนเพื่อให้แน่ใจว่ามีประวัติครบถ้วน เนื่องจากแพทย์จิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีไม่เพียงพอ การประเมินฉุกเฉินนี้จึงอาจเป็นการประเมินครั้งแรกหรือครั้งเดียวที่เด็กจะต้องเข้ารับการประเมิน และคำแนะนำต่าง ๆ อาจมีความสำคัญอย่างมาก

คนไร้บ้าน

การศึกษาวิจัยที่ศึกษาความชุกของภาวะทางจิตเวชในกลุ่มวัยรุ่นไร้บ้านพบว่าร้อยละ 80 มีอาการผิดปกติทางจิตเวช ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 65) การวินิจฉัยที่พบบ่อยอื่น ๆ ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ การกิน และความวิตกกังวล มากกว่าครึ่งหนึ่งมีประวัติการทำร้ายตัวเอง และร้อยละ 25 รายงานว่าพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อยหนึ่งครั้ง และยังพบอีกว่ายิ่งเยาวชนไร้บ้านนานเท่าไร ก็ยิ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคทางจิตเวชมากขึ้นเท่านั้น เยาวชนไร้บ้านมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเยาวชนในประชากร

ทั่วไป พฤติกรรมเสี่ยงสูงเหล่านี้ ได้แก่ การลักขโมยในร้านค้า การค้าประเวณี การใช้สารเสพติด การมีคู่นอนหลายคน และการพัวพันกับแก๊ง

คำถามสำคัญ

- ผู้รับบริการพักอาศัยอยู่ที่ไหน ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยหรือไม่
- ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการฆาตกรรมคืออะไร
- ภาวะสุขภาพกายของผู้รับบริการในปัจจุบันเป็นอย่างไร
- มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชหรือการใช้สารเสพติดหรือไม่
- ผู้รับบริการต้องการการส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาที่พักอาศัย ความช่วยเหลือทางการเงิน หรือการสนับสนุนด้านอาชีพหรือไม่

การประเมินจะต้องรวมถึงการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการฆาตกรรม และการประเมินสถานะสุขภาพกายด้วย นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องสำรวจสถานการณ์การดำรงชีวิตของผู้รับบริการและให้ข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ความช่วยเหลือทางการเงิน การศึกษา และการสนับสนุนด้านอาชีพ อาจมีการส่งต่อไปยังการสนับสนุนด้านบริการสังคมและการติดตามสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอกด้วย การปฏิบัติตามการติดตามในกรณีนี้มักจะต่ำ

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและกลุ่มอาการออทิสซึม

เยาวชนอายุ 0-17 ปีที่มีอาการของกลุ่มอาการออทิสซึม (ASD) มีแนวโน้มที่จะเข้าแผนกฉุกเฉินมากกว่าเยาวชนที่ไม่มี ASD ถึง 30 เท่า [26] การศึกษาวิจัยในสหรัฐอเมริกาครั้งหนึ่งแสดงให้เห็นว่าเยาวชนที่มี ASD ที่เข้าแผนกฉุกเฉินมีอายุมากกว่า มีแนวโน้มที่จะมีประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีแนวโน้มที่จะเข้าแผนกฉุกเฉินแบบไม่เร่งด่วนมากกว่า ในจำนวนการเข้าแผนกเหล่านี้ร้อยละ 13 เป็นการเข้ามาเพื่อแก้ปัญหาด้านพฤติกรรมหรือจิตเวช ซึ่งต่างจากเยาวชนที่ไม่มี ASD ที่การเข้ามาเพื่อรักษาอาการทางจิตเวชน้อยกว่า ร้อยละ 2 ของเยาวชนที่มี ASD มีแนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจซ้ำและเข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชหรือแผนกอื่น ๆ มากกว่าเยาวชนที่ไม่มี ASD [26]

คำถามสำคัญ

- พฤติกรรมที่สังเกตได้ในช่วงวิกฤตปัจจุบันคืออะไร
- พฤติกรรมเหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงจากอาการ ASD ทั่วไปหรือไม่
- พฤติกรรมเหล่านี้เปลี่ยนไปอย่างไร เป็นพฤติกรรมใหม่หรือเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มมากขึ้น
- พฤติกรรมเหล่านี้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมปกติอย่างไร
- ผลที่ตามมาหรือการตอบสนองต่อพฤติกรรมเหล่านี้โดยทั่วไปเป็นอย่างไร

การจัดการอาการกระสับกระส่ายในผู้ที่มี ASD ในแผนกฉุกเฉิน

อาการกระสับกระส่ายเฉียบพลัน (acute agitation) เป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยที่สุดสำหรับผู้ที่มี ASD หรือความบกพร่องด้านพัฒนาการที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของเด็กพร้อมกับอาการทางพฤติกรรม [27] จากการศึกษา จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจสาเหตุที่เป็นไปได้และจัดการกับอาการกระสับกระส่ายอย่างรวดเร็ว

ก่อนอื่น แพทย์และพยาบาลควรทำการประเมินพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจเป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมอย่างรวดเร็วสั้น ๆ ที่เน้นการทำหน้าที่ คำถามสำหรับผู้ปกครอง/ผู้ปกครองตามกฎหมาย ควรเน้นที่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นและรวมถึงคำถามสำคัญข้างต้น

แพทย์และพยาบาลควรสร้างแนวคิดเกี่ยวกับอาการกระสับกระส่ายใน ASD ในลักษณะเดียวกับอาการเพื่อ กล่าวอีกนัยหนึ่ง อาการกระสับกระส่ายในผู้ที่มี ASD มีสาเหตุทางกายจนกว่าจะมีการพิสูจน์เป็นอย่างอื่น การวินิจฉัยแยกโรคสำหรับอาการกระสับกระส่ายในผู้ที่มี ASD นั้นครอบคลุมกว้างและรวมถึงอาการท้องผูกที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการที่ไม่ดีหรือยา อาการชัก (มีความเสี่ยงร้อยละ 25-35 ที่จะเกิดอาการชักในผู้ที่มี ASD) ปัญหาที่ศีรษะ ตา หู จมูก คอ รวมถึงการติดเชื้อที่หู การติดเชื้อในช่องปาก ความเจ็บปวดจากการดูแลหรือสุขอนามัยในช่องปากที่ไม่ดี การรบกวนการนอนหลับรวมถึงภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น การบาดเจ็บที่ตรวจไม่พบและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ [27] หลังจากตัดสาเหตุทางกายของอาการกระสับกระส่ายออกไปแล้ว ควรพิจารณาถึงปัญหาทางจิตเวชด้วย ประชากรผู้รับบริการกลุ่มนี้มีอัตราการเกิดความผิดปกติทางอารมณ์สูง นอกจากนี้ยังมีความถี่ของปัญหาทางประสาทสัมผัสและการสื่อสารที่สูงกว่าประชากรทั่วไป

สาเหตุทางกายมีแนวโน้มเป็นไปได้มากกว่าหากผู้รับบริการมีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ สูญเสียความจำเพื่อคลั่งเฉียบพลัน ปวดศีรษะร่วมกับอาการทางระบบประสาทเฉพาะที่หรือชัก กล้ามเนื้อตึงหรืออ่อนแรงมากขึ้น ความคลาดเคลื่อนของอุณหภูมิ หรือมีอาการบาดเจ็บที่ชัดเจน แพทย์จำเป็นต้องพิจารณาอาการเกร็งในกลุ่มประชากรนี้ ควรสอบถามเกี่ยวกับการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พุดซาลง หรือการเปลี่ยนแปลงในการโต้ตอบทางสังคม [27] หากจำเป็นต้องใช้ยาจิตเวช ควรเริ่มใช้ในขนาดต่ำและค่อย ๆ เพิ่มขนาดยา ทั้ง risperidone (ขนาดเริ่มต้นรายวัน 0.5 มก.-1 มก.) และ aripiprazole ได้รับการรับรองจาก FDA สำหรับอาการหงุดหงิดใน ASD ขนาดเริ่มต้นที่แนะนำสำหรับ olanzapine (ซึ่งมีการศึกษาค่อนข้างน้อย) คือ 2.5 มก.-5.0 มก. มีข้อมูลจำกัดที่สนับสนุนการใช้ midazolam และ lorazepam ในผู้รับบริการกลุ่มนี้ในแผนกฉุกเฉิน [27]

ปัญหาการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการในครอบครัว

การสำรวจผู้ปกครองชี้ให้เห็นว่าปัญหาการสื่อสาร ความรู้ที่ไม่เพียงพอของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องด้านพัฒนาการ และการมีส่วนร่วมที่ไม่เพียงพอของผู้ปกครองส่งผลกระทบเชิงลบต่อประสบการณ์

ของผู้ปกครองที่มีต่อการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการ ในขณะที่ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับความบกพร่องด้านพัฒนาการ การดูแลที่เน้นเด็กและครอบครัว และความชัดเจนของการสื่อสารส่งผลกระทบต่อเชิงบวก [28] ในแนวทางนี้ มีงานวิจัยล่าสุดในการสร้างแผนฉุกเฉินสำหรับเด็กที่เป็นมิตรกับประสาทสัมผัสโดยอิงจากหลักฐาน ตัวอย่างเช่น ห้องรอตรวจมักถูกรายงานว่าคับแคบ เสียงดัง และสว่าง การจัดหาหูฟังตัดเสียงรบกวน เครื่องมือสำหรับช่วยคลายเครียดและกระตุ้นประสาทสัมผัส ลำดับขั้นตอนเกี่ยวกับการไปแผนกฉุกเฉิน และการให้ความรู้แก่ครอบครัว รวมถึงการเรียนรู้เทคนิคเฉพาะสำหรับการเบี่ยงเบนความสนใจ การสื่อสาร ขั้นตอน และการลดระดับความรุนแรง อาจช่วยได้

ผู้ที่หูหนวก/ตาบอด

ผู้ที่หูหนวก หูตึง หรือตาบอดต้องอาศัยวิธีการสื่อสารมากมาย ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 กำหนดให้โปรแกรมและบริการของโรงพยาบาลทั้งหมดต้องจัดเตรียมช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้เยี่ยมเยียนสำหรับผู้หูหนวก หูตึง หรือตาบอด และนี่ควรเป็นความคาดหวังในทุกที่ ตัวอย่างของช่องทางการสื่อสารดังกล่าว ได้แก่ ล่ามภาษามือ ล่ามพูด (ได้รับการฝึกอบรมเป็นพิเศษให้พูดออกเสียงเจียบ ๆ และชัดเจน บางครั้งอาจเรียบเรียงคำหรือประโยคใหม่เพื่อให้มองเห็นได้ชัดเจนขึ้นบนริมฝีปาก) และการถอดเสียงแบบเรียลไทม์ด้วยความช่วยเหลือของคอมพิวเตอร์ (CART) เป็นต้น

ประเด็นสำคัญ

- โรงพยาบาลควรจัดให้มีช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้หูหนวกหรือตาบอด ซึ่งเป็นข้อบังคับในกฎหมาย
- ผู้รับบริการขอใช้วิธีการสื่อสารแบบใด

ผู้ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์

ผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาสถานะฉุกเฉินทางจิตเวชที่ไม่ได้อาศัยอยู่ที่บ้านถือเป็นข้อพิจารณาทางกฎหมายที่สำคัญ เนื่องจากกฎหมายและแนวทางปฏิบัติแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แพทย์และพยาบาลจึงจำเป็นต้องทราบกรอบกฎหมายในสถานิติบัญญัติ สิ่งสำคัญที่สุดที่แพทย์และพยาบาลต้องทำความเข้าใจคือใครเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายและสิทธิในการตัดสินใจทางการแพทย์ หากผู้รับบริการอยู่ในสถานสงเคราะห์ การติดต่อกับหน่วยงานดูแลเด็กจึงมีความสำคัญมากในการทำความเข้าใจคำถามเหล่านี้ เนื่องจากผู้ปกครองทางสายเลือดมักมีสิทธิตามกฎหมายและต้องยินยอมเข้ารับการรักษ

คำถามสำคัญ

- ผู้รับบริการอาศัยอยู่ที่ไหนและกับใคร
- ใครเป็นผู้ปกครองตามกฎหมาย
- มีข้อจำกัดสำหรับผู้รับบริการในการติดต่อสื่อสารหรือพบกับพ่อแม่ผู้ให้กำเนิดหรือไม่
- มีคติความในศาลหรือไม่

ผู้ที่อยู่ในสถานพินิจ**คำถามสำคัญ**

- สถานพินิจใด
- ประวัติทางจิตเวชในอดีตของผู้รับบริการเป็นอย่างไร
- ผู้รับบริการเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่ เคยเข้ารับการรักษาอาการทางจิตเวชในโรงพยาบาลหรือไม่
- ผู้รับบริการใช้สารเสพติดหรือไม่
- มีประวัติการกระแทกกระแทกหรือทางจิตใจหรือไม่

การศึกษากับวัยรุ่นในสถานที่ด้านยุติธรรมสำหรับเยาวชนแสดงให้เห็นว่าเด็กและเยาวชน 1 ใน 4 คน เข้าเกณฑ์สำหรับความผิดปกติทางจิตเวชอย่างน้อย 1 อย่าง เด็กและเยาวชน 1 ใน 3 คนเข้าเกณฑ์สำหรับความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด และมากกว่าหนึ่งใน 3 คนเข้าเกณฑ์สำหรับความผิดปกติทางพฤติกรรม เกเร นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นอีกด้วยว่าเยาวชนร้อยละ 80 ถึง 90 ในสถานพินิจสำหรับเยาวชนประสบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ ดังนั้นผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาสถานพินิจในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช จึงต้องได้รับการประเมินทางจิตเวชอย่างละเอียด

กลุ่ม LGBTQIA**ประเด็นสำคัญ**

- ชี้แจงชื่อและคำสรรพนามที่ต้องการใช้ให้ชัดเจน
- หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาที่บ่งบอกถึงเพศสภาพหากทำได้
- ประเมินระดับการสนับสนุนของผู้รับบริการที่บ้านและในชุมชน
- เคารพด้านความลับเมื่อหารือเกี่ยวกับผลการตรวจกับครอบครัวและผู้ให้บริการการรักษา

การทำงานร่วมกับเยาวชนที่กำลังศึกษาเรื่องเพศและอัตลักษณ์ทางเพศซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มย่อย LGBTQIA ทำให้ปัญหาเรื่องความลับมีความซับซ้อนมากขึ้น แม้ว่าวัฒนธรรมต่าง ๆ ทั่วโลกจะยอมรับกลุ่มชนกลุ่มน้อยทางเพศและเพศสภาพมากขึ้น แต่ยังคงมีการตีตราอย่างมาก ความเครียดจากการตีตรานี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งใน

ระดับวัฒนธรรม (ความเสี่ยงของความรุนแรงหรือการกดขี่ในชุมชน) และในระดับครอบครัว (ความเสี่ยงของความรุนแรงหรือความขัดแย้งภายในหน่วยครอบครัว) เยาวชนที่ระบุว่าเป็น LGBTQIA มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช [29] แพทย์และพยาบาลควรให้การดูแลที่เหมาะสมทางวัฒนธรรมแก่เยาวชน LGBTQIA ที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช ซึ่งรวมถึงการชี้แจงชื่อและคำสรรพนามที่ต้องการใช้ การหลีกเลี่ยงภาษาที่ระบุเพศทุกเมื่อที่เป็นไปได้ (เช่น แทนที่จะถามว่า ‘คุณชอบผู้ชายหรือผู้หญิง’ ให้ถามว่า ‘คุณมีคนพิเศษไหม’ หรือ ‘คุณเริ่มมีความสนใจในเซ็กซ์โรแมนติกหรือยัง’) และประเมินระดับการสนับสนุนที่พวกเขาได้รับจากที่บ้านและชุมชน หากผู้รับบริการระบุว่าไม่เปิดเผยตัวตนที่บ้าน แพทย์และพยาบาลควรเคารพความลับของผู้รับบริการเมื่อหารือเกี่ยวกับผลการประเมินและคำแนะนำสำหรับการรักษากับผู้ดูแล นอกจากนี้ เนื่องจากผู้ดูแลสามารถขอสำเนาบันทึกทางการแพทย์ได้ แพทย์และพยาบาลจึงควรสอบถามเยาวชนว่าต้องการให้ข้อมูลที่พวกเขาแบ่งปันรวมอยู่ในบันทึกทางการแพทย์หรือไม่ ในสถานการณ์ที่รายละเอียดเกี่ยวกับเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศของเยาวชนมีความเกี่ยวข้องกับการประเมินหรือการรักษา แพทย์และพยาบาลควรดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่าเยาวชนจะปลอดภัยที่บ้านและสนับสนุนให้เยาวชนเปิดเผยตัวตนต่อครอบครัวเพื่ออำนวยความสะดวกในการรักษา

ระบบสุขภาพด้านจิตเวชฉุกเฉิน

ด้านจริยธรรม

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานทางคลินิกนั้นแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละประเทศ การวิเคราะห์รายละเอียดของแนวทางปฏิบัติของแต่ละประเทศนั้นจำเป็นต้องมีเนื้อหาทางวิชาการฉบับเต็มในเล่มเดียว สำหรับส่วนนี้เป็นการสรุปแนวปฏิบัติด้านจิตเวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับเด็กที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง รวมถึงข้อยกเว้นที่เกี่ยวข้องที่แพทย์และพยาบาลควรคำนึงถึง แม้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม แต่หลักจริยธรรม 4 ประการนี้ก็เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์ใช้ทั่วไป ได้แก่

1. หลักประโยชน์สูงสุด

หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (beneficence) หมายถึง สิ่งที่เป็นประโยชน์ก่อให้เกิดผลดี ผู้ประกอบวิชาชีพพึงกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ จะต้องจริงจัง ดำเนินการเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ๆ ผู้รับบริการไม่ควรถูกสอบถามในเรื่องที่ไม่มีความจำเป็น และไม่ควรถูกได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็น

2. หลักไม่ก่อให้เกิดอันตราย

หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence) หมายถึง การลดความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ สิ่งที่จะดำเนินการจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการทั้งทางกายหรือจิตใจ จะต้องจริงจังต่อผู้รับบริการ

การโกหกผู้รับบริการหรือบอกความจริงไม่ครบถ้วนอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ การดูแลรักษาด้วยวิธีการใด ๆ จะต้องพิจารณาประโยชน์เปรียบเทียบกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ ควรรักษาผู้รับบริการต่อไปก็ต่อเมื่อมีโอกาสดูงที่จะช่วยให้ผู้รับบริการมีอาการดีขึ้น และก่อให้เกิดผลข้างเคียงไม่มากนัก จะต้องลดผลกระทบต่าง ๆ ให้น้อยที่สุด

3. หลักเคารพการตัดสินใจ

หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (autonomy) หมายถึง การยอมรับสิทธิผู้รับบริการที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งถือเป็นการยืนยันเจตนาของผู้รับบริการ การรักษาจะดำเนินการได้ก็ต่อเมื่อได้ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อขอความยินยอม (informed consent) ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่าง ๆ ด้วยตนเอง และมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลที่จำเป็นและครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องเมื่อผู้รับบริการร้องขอ หลักการในข้อนี้ใช้กับการรักษาผู้รับบริการ การเลือกสถานที่ให้การรักษา และผู้ที่จะให้การดูแลรักษาผู้รับบริการ

แม้ว่าหลักจริยธรรมสามประการแรกจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางตลอดช่วงชีวิต แต่แนวคิดเรื่องความเป็นอิสระมีความหมายเฉพาะตัวเมื่อต้องทำงานกับเด็ก โดยทั่วไป แพทย์และพยาบาลต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนจึงจะทำการประเมินและรักษาได้ และความถูกต้องของความยินยอมนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการตัดสินใจของผู้รับบริการ โดยทั่วไป ผู้ใหญ่ถือว่ามีความสามารถในการตัดสินใจ ในขณะที่เยาวชน (อายุน้อยกว่า 16 หรือ 18 ปี) นั้นไม่มี เมื่อเยาวชนต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ ผู้ดูแลที่เป็นผู้ใหญ่จะต้องให้ความยินยอม (โดยมีข้อยกเว้นบางประการซึ่งจะอธิบายรายละเอียดในภายหลัง) การให้ความยินยอมโดยแจ้งข้อมูลนั้นต้องแจ้งให้ผู้รับบริการและผู้ดูแลทราบถึงข้อบ่งชี้ ความเสี่ยง และประโยชน์ของการประเมินและการรักษาที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์เสนอ ผู้ที่มีความสามารถในการให้ความยินยอมควรสามารถ

- เข้าใจข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษาได้
- จดจำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจได้
- ใช้หรือชั่งน้ำหนักข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจได้
- สื่อสารการตัดสินใจของตนได้

การชั่งน้ำหนักที่กำหนดเมื่อประเมินความสามารถในการตัดสินใจควรนำไปใช้ตามระดับความยากง่าย โดยการตัดสินใจที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น การผ่าตัดระบบประสาท การทำเคมีบำบัด) ต้องมีมาตรฐานที่สูงกว่าในการประเมินความสามารถมากกว่าการตัดสินใจที่มีความเสี่ยงต่ำ (เช่น การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางเส้นเลือด) ปัญหาเหล่านี้อาจรวมกันในรูปแบบที่หลากหลายและซับซ้อนเมื่อต้องจัดการกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในเด็ก

4. หลักความเป็นธรรม

หลักความเป็นธรรม (justice) หมายถึง การจัดหาบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็น โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้นทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา หรือสีผิว อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่า การให้บริการสุขภาพทั่วโลกยังมีปัญหาในเรื่องความเป็นธรรม การรักษาหลายกรณีจำกัดเฉพาะกลุ่มคนรวย ผู้ที่มีอำนาจ มีอิทธิพล หรือผู้ที่สามารถเรียกร้องสิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้อื่น

ประเด็นปัญหาความยินยอม

เมื่อเด็กมีอาการฉุกเฉินทางจิตเวช คำถามทางคลินิกหลักมักจะเกี่ยวกับการจัดการ เด็กสามารถกลับบ้านได้หรือไม่ จะมีการติดตามของแผนกผู้ป่วยนอกหรือไม่ เด็กต้องได้รับการดูแลเป็นระยะเวลานานหรือไม่ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชหรือไม่ เนื่องจากเด็กโดยทั่วไปไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ ผู้ดูแลจึงต้องให้ความยินยอมโดยแจ้งข้อมูลสำหรับทุกอย่าง ตั้งแต่การเปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลที่สามไปจนถึงการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ แพทย์และพยาบาลจะต้องพยายามอย่างสมเหตุสมผลเพื่อขอความยินยอมจากผู้ดูแล แม้ว่าบางประเด็นของการประเมินและการรักษาจะต้องเริ่มต้นก่อนที่จะได้รับความยินยอมก็ตาม อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้น เขตอำนาจศาลบางแห่งอาจอนุญาตให้ผ่อนปรนมากขึ้นในการให้การดูแลฉุกเฉินโดยไม่ได้รับความยินยอมในการแจ้งข้อมูล ตัวอย่างเช่น เมื่อติดต่อสถานคุ้มครองเด็กและเยาวชน หากเด็กมีประวัติหรือสัญญาณที่บ่งชี้ว่าถูกทารุณกรรมหรือละเลย หรือผู้เยาว์ที่บรรลุนิติภาวะหรือไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ปกครอง (emancipated minors) อาจเป็นข้อยกเว้นอีกประการหนึ่ง ในบางประเทศ เยาวชนที่แต่งงานแล้ว มีลูกเป็นของตนเอง เป็นทหาร หรืออาศัยอยู่คนเดียว ถือว่าพ้นจากภาระผูกพันตามกฎหมาย ซึ่งหมายความว่าเยาวชนเหล่านั้นสามารถตัดสินใจเองได้ตามกฎหมาย ผู้ให้บริการควรเรียนรู้เกี่ยวกับกฎหมายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความยินยอมของผู้เยาว์

ในประเทศส่วนใหญ่ ในสถานการณ์ที่เยาวชนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สามารถทำได้โดยสมัครใจ (ด้วยความยินยอมของผู้ดูแล) หรือโดยอัตโนมัติหรือไม่ตั้งใจ (โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ดูแล) การรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชโดยไม่สมัครใจเป็นทางเลือกหนึ่ง แต่ควรใช้ให้น้อยที่สุด หากผู้ให้บริการเชื่อว่าเด็กจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช แต่ผู้ปกครองปฏิเสธ อาจมีเหตุผลให้รายงานต่อสถานคุ้มครองเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางการแพทย์หรือการทารุณกรรมผู้ป่วยได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจภายในครอบครัว รวมถึงระหว่างครอบครัวและทีมรักษา ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับกฎหมายของประเทศนั้น ๆ การรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจอาจต้องมีขั้นตอนเพิ่มเติมและมีการตรวจสอบเพื่อยืนยันความจำเป็น นอกจากนี้ ในเขตอำนาจศาลบางแห่ง แม้ว่าผู้ให้บริการจะสามารถให้เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจได้ แต่บ่อยครั้งที่มักจะไม่สามารถให้ยาได้หากไม่มีคำสั่งศาลหรือผู้ดูแลคัดค้าน ดังนั้นควรดำเนินการให้เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจเฉพาะในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของเด็กสูงเท่านั้น

การรายงานการล่อลวงละเมิด

พระราชบัญญัติป้องกันและรักษาการล่อลวงละเมิดเด็ก พ.ศ.2546 และพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาและคุ้มครองสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2562 กำหนดให้ต้องรายงานสำหรับ ‘การกระทำหรือการไม่กระทำใด ๆ ของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ซึ่งส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต อันตรายทางร่างกายหรือจิตใจที่ร้ายแรง การล่อลวงละเมิดทางเพศหรือการแสวงประโยชน์ หรือการกระทำหรือการไม่กระทำใด ๆ ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายร้ายแรง’ ซึ่งประเทศส่วนใหญ่มีกฎหมายการรายงานบางประเภท หลายประเทศกำหนดให้บางคนเป็น ‘ผู้รายงานตามคำสั่ง’ ซึ่งโดยทั่วไปรวมถึงแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ในระหว่างการประเมินเมื่อแพทย์พบหลักฐานการล่อลวงละเมิดหรือการละเลย พวกเขาจะต้องรายงานหลักฐานดังกล่าวต่อสถานคุ้มครองเด็กและเยาวชนในพื้นที่เพื่อพิจารณาว่าจำเป็นต้องมีการสอบสวนหรือการแทรกแซงหรือไม่ ผู้ให้บริการอาจแจ้งให้ครอบครัวทราบหากมีการรายงานการคุ้มครองเด็ก แม้ว่าจะไม่ใช่ข้อบังคับก็ตาม การสนทนานี้อาจตึงเครียดและยากต่อการดำเนินการ การเน้นย้ำว่าบทบาทของเราคือ **การรายงานหลักฐานใด ๆ ของการล่อลวงละเมิดหรือการละเลยและเป็นสิ่งที่กฎหมายกำหนดไว้ว่าเป็นประโยชน์** นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาจได้รับประโยชน์จากการรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นหลังจากรายงานแล้ว หากมีข้อสงสัยว่าข้อมูลที่เปิดเผยนั้นจำเป็นต้องรายงานหรือไม่ ควรหารือถึงสถานการณ์ดังกล่าวกับเพื่อนร่วมงานรุ่นพี่หรือหัวหน้างานก่อน หากแต่ถ้าพิจารณาในบทบัญญัติของกฎหมายพบว่า บทบัญญัติมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ยังมิได้มีการระบุรายละเอียดหรือกระบวนการให้ชัดเจนว่าจิตแพทย์ต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง เพื่อประกอบการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละครั้ง และต้องเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ใด รวมถึงมีเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานของรัฐเกี่ยวข้องกับกระบวนการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่

หน้าที่ในการเตือน

จากคดี Tarasoff v. Regents of the University of California (1968) [30] เป็นกรณีที่ศาลฎีกาแห่งแคลิฟอร์เนียตัดสินว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตมีหน้าที่ปกป้องบุคคล (ผู้ป่วย) ที่ถูกคุกคามด้วยอันตรายทางร่างกาย

ประวัติของคดี

คดีของนางสาวทาเทียนา ทาราซอฟ (Tatiana Tarasoff) เริ่มขึ้นในปี 1969 เมื่อนายพอดดาร์ (Prasenjit Poddar เป็นนักศึกษาจากเบงกอล ประเทศอินเดียซึ่งเข้าเรียนที่ University of California, Berkeley ในฐานะนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในเดือนกันยายนปี 1967) ตกหลุมรักทาราซอฟ เพื่อนร่วมชั้น พอดดาร์ขอความช่วยเหลือจากนักบำบัดที่ศูนย์ให้คำปรึกษาของมหาวิทยาลัย ดร. ลอว์เรนซ์ มัวร์ (Lawrence Moore) โดยแสดงความคิดที่จะฆ่าทาราซอฟ นักบำบัดระบุว่ามีความอันตรายร้ายแรง แต่ไม่ได้ให้คำเตือนดังกล่าวแก่ทาราซอฟหรือครอบครัวของเธอ

เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 1969 พอดดาร์ได้สังหารทาราซอพ พ่อแม่ของเธอได้ยื่นฟ้องคณะผู้บริหารมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียในข้อหาฆ่าคนตายโดยผิดกฎหมาย โดยกล่าวหาว่าดร. มัวร์และมหาวิทยาลัยมีหน้าที่ต้องเตือนทาราซอพและครอบครัวของเธอเกี่ยวกับเจตนาอันตรายของพอดดาร์ เนื่องจากจิตแพทย์ทราบถึงแผนอันตรายที่นายพอดดาร์มีต่อนางสาวทาราซอพ โดยฝังจำเลยซึ่งก็คือจิตแพทย์และมหาวิทยาลัยได้ต่อสู้ว่าพวกเขามีหน้าที่ที่จะต้องรักษาความลับของผู้ป่วย ดังนั้นจึงไม่อาจเตือนได้ ในปี ค.ศ.1974 ในคดีนี้ศาลชั้นต้นเห็นด้วยกับจำเลย แต่ครอบครัวของนางสาวทาราซอพ ได้อุทธรณ์คดีและต่อสู้ไปที่ศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California supreme court) จนกระทั่งศาลสูงได้พิจารณาและตัดสินคดีนี้ในปี ค.ศ. 1976 โดยตัดสินว่า ความลับของผู้ป่วยย่อมเป็นรองต่อความปลอดภัยของสาธารณะ (confidentiality was secondary to the public's safety) ดังนั้นจิตแพทย์ต้องรับผิดชอบเนื่องจากไม่เตือนเหยื่อว่าจะมีอันตราย โดยระบุว่า การไม่เตือนเหยื่อ คือ นางสาวทาราซอพหรือบุคคลอื่นที่อาจได้รับอันตราย ถือว่าจิตแพทย์ได้ละเมิดหน้าที่ของตนเอง ซึ่งเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำการใดเพื่อป้องกันนางสาวทาราซอพอย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งการที่จิตแพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องเตือนบุคคลที่สาม ถึงอันตรายจากผู้ป่วยที่อาจคาดการณ์ได้ เนื่องจากเป็นไปตามหลักความสัมพันธ์พิเศษ (special relationship) ระหว่างแพทย์กับบุคคลที่เป็นอันตราย หรือแพทย์กับเหยื่อ ด้วยเหตุดังกล่าวปัจจุบันมลรัฐแคลิฟอร์เนีย จึงมีหลักกฎหมายที่ชื่อว่า 'duty to protect' หรือหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (duty to warn) โดยกำหนดให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เป็นหน้าที่โดยบังคับของจิตแพทย์ กล่าวคือ จะพิจารณาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นประกอบกับมาตรฐานแห่งวิชาชีพว่า ในขณะนั้น จิตแพทย์ควรคาดการณ์หรือสามารถคาดการณ์ได้หรือไม่ว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ตนทำการรักษาอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น หากจิตแพทย์ควรคาดการณ์หรือสามารถคาดการณ์อันตรายนั้น ๆ ได้แล้ว แต่จิตแพทย์ไม่เตือนและป้องกันอันตรายดังกล่าว จิตแพทย์ย่อมต้องรับผิดชอบจากการละเว้น การปฏิบัติหน้าที่นั้น ๆ อีกทั้งหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันของจิตแพทย์จะสิ้นสุดลงเมื่อจิตแพทย์ได้แจ้งให้เหยื่อทราบ หรือแจ้งให้หน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมายทราบหรือได้ดำเนินการตามมาตรการใด ๆ ที่เหมาะสมแก่สถานการณ์นั้น ๆ แล้วแต่กรณี นอกจากนี้แล้ว ยังมีบทบัญญัติให้ความคุ้มครองจิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้ไม่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายใด ๆ รวมถึงให้ความคุ้มครองจากการถูกฟ้องร้องหรือถูกดำเนินคดีในชั้นศาลอีกด้วย [31]

ถึงแม้ว่าผลทางกฎหมายของคดีนี้จะแตกต่างกันอย่างมากแม้แต่ภายในขอบเขตของสหรัฐอเมริกา แต่หลักการพื้นฐานของคดีนี้ควรเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางคลินิก โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉินทางจิตเวช หลักการนี้แม้จะไม่ครอบคลุมทั้งหมด แต่ปัจจุบันได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ผู้ให้บริการควรตรวจสอบมาตรฐานของหน้าที่ในการปกป้องและหน้าที่ในการเตือนในเขตอำนาจศาลที่ตนปฏิบัติงาน หากผู้ป่วยก่อให้เกิดอันตรายต่อสวัสดิภาพของผู้อื่น ควรดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายต่อผู้อื่น ซึ่งอาจต้องรวมถึงการรักษาในโรงพยาบาล (หากเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตเวช) หรือแจ้งภัยคุกคามของผู้ป่วยให้ตำรวจทราบ หากไม่สามารถควบคุมตัวหรือรักษาผู้ป่วยได้ ผู้ให้บริการควรแจ้งให้เป้าหมายที่ตั้งใจไว้ทราบถึงภัยคุกคามของผู้ป่วย ในสถานการณ์ที่หน้าที่ในการเตือนไม่ชัดเจน ผู้ให้บริการควรขอคำแนะนำจากเพื่อนร่วมงานอาวุโสหรือคำปรึกษาทางกฎหมาย [32]

การรักษาความลับของผู้รับบริการ

ข้อมูลที่ผู้รับบริการแบ่งปันระหว่างการประเมินและการรักษาไม่ควรแบ่งปันกับบุคคลภายนอกทีมรักษา การรักษาความลับ (confidentiality) ของผู้รับบริการเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและสนับสนุนการปฏิบัติงานตามการรักษา เขตอำนาจศาลส่วนใหญ่กำหนดกฎหมายคุ้มครองข้อมูลที่เป็นความลับสำหรับผู้ใหญ่ แต่กฎหมายเหล่านี้ไม่ได้ระบุถึงเด็กอย่างชัดเจน แม้จะเป็นเช่นนั้น เด็กก็ควรได้รับความลับในระดับหนึ่งตามระดับพัฒนาการและสถานการณ์ของการเข้าถึงข้อมูล ควรหารือเกี่ยวกับขอบเขตของความลับกับเยาวชนและผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มการพบแพทย์ [32] โดยทั่วไป ไม่ควรปิดบังประเด็นต่าง ๆ เช่น ปัญหาความปลอดภัยหรืออาการผิดปกติที่พูดคุยกันเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาจากผู้ดูแล เนื่องจากหากไม่มีข้อมูลนี้ ผู้ดูแลจะไม่สามารถให้ความยินยอมโดยปราศจากข้อมูลได้ นอกจากนี้ อาจต้องติดต่อบุคคลที่สามนอกครอบครัวเพื่อขอรายละเอียดเพิ่มเติม แต่ไม่ควรแบ่งปันข้อมูลกับกลุ่มเหล่านี้โดยไม่ได้รับความยินยอมอย่างชัดเจนจากผู้ดูแล เว้นแต่จะมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้อื่นที่จำเป็นต้องเปิดเผยภายใต้เงื่อนไขฉุกเฉิน

หลักความซื่อสัตย์

ความซื่อสัตย์ (fidelity) หมายถึง แพทย์และพยาบาลจะต้องไม่พูดปดหรือโกหกผู้รับบริการ หรือพูดจาให้ผู้รับบริการหลงผิด ไม่ใช่อำนาจหน้าที่เพื่อแสวงหาประโยชน์ส่วนตน ยึดมั่นในภาระหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบอย่างเคร่งครัดทั้งต่อหน้าและลับหลัง ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน นึกถึงประโยชน์ส่วนรวม และไม่ประพฤติปฏิบัติผิดระเบียบหรือข้อบังคับของสังคม ไม่อวดอ้างความสามารถของตนเกินความจริง ไม่รับความดีความชอบโดยที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้กระทำ และยอมรับความจริงเมื่อผิดพลาดหรือกระทำความผิด

สรุป

ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นมีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน นอกเหนือจากช่องว่างการรักษาที่มีอยู่แล้ว การระบาดของโรคต่าง ๆ เช่น โควิด-19 ที่กำลังดำเนินอยู่คาดว่าจะส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น พยาบาลมีบทบาทมากขึ้นในการให้การดูแลสุขภาพจิตแก่เด็กเพื่อเชื่อมช่องว่างการรักษาที่มีอยู่และเพื่อแก้ไขอุปสรรคในการแสวงหารักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การตีตรา การใช้เวลาสั้น ๆ กับเด็กและผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะดังกล่าว ให้คำแนะนำในการเลี้ยงลูก และคำแนะนำอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับการแทรกแซงที่บ้าน จะช่วยสร้างพัฒนาการเชิงบวกให้กับเด็กได้มาก นอกจากนี้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตจำเป็นต้องระบบสุขภาพ ทั้งด้านหลักกฎหมายและหลักจริยธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว 2022. 2567 [วันที่เข้าถึง 2567 15 เมษายน]; เข้าถึงได้จาก: <https://kidforkids.org/child-and-family-situation-report-2022/family/>.
2. Hfocus. ประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยกว่า 1.8 แสนราย พบเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า ติดจอติดเกมออนไลน์มากขึ้น. 2564 Friday, 8 October 2021 [วันที่เข้าถึง 2567 15 เมษายน]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23307>.
3. Maslow, A.H., *Motivation and personality*. 1954: Harpers.
4. Seligman, M.E.P., *Science as an ally of practice*. American Psychologist, 1996. 51(10): p. 1072-79.
5. Positive psychology institute. *What is positive psychology?* 2024 [cited 2024 18 May]; Available from: <https://www.positivepsychologyinstitute.com.au/what-is-positive-psychology>.
6. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. 2022.
7. National Alliance on Mental Illness. *Mental health by the numbers*. 2023 April 2023 [cited 2024 17 May]; Available from: <https://www.nami.org/about-mental-illness/mental-health-by-the-numbers/>.
8. ฐานข้อมูลป้องกันปัญหาสุขภาพจิต Mental health Prevention Information System (MPIS). ความชุกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยในคนไทย. 2567 [วันที่เข้าถึง 2567 24 พฤษภาคม]; เข้าถึงได้จาก: <http://mpis.srithanya.go.th/mhc/prevalence.aspx>.
9. วรตม์ โชติพิทยสุนนท์, คนไทยป่วยสุขภาพจิตเพิ่ม สถิติแฝงมีมากกว่า 10 ล้านคน, จาก ไทยรัฐออนไลน์. 2567; เข้าถึงได้จาก <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2789058>
10. National Comorbidity Survey (NCS). *About the national comorbidity survey (NCS) family*. 2024 [cited 2024 2 May]; Available from: <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/>.
11. Tajfel, H., *Social psychology of intergroup relations*. Annual Review of Psychology, 1982. 33: p. 1-39.
12. Hogg, M.A., *A social identity theory of leadership*. Personality and Social Psychology Review, 2001. 5(3): p. 184-200.

13. Karnieli-Miller, O., et al., *Family members' of persons living with a serious mental illness: experiences and efforts to cope with stigma*. Journal of Mental Health, 2013. 22(3): p. 254-62.
14. Rüsch, N., et al., *Does the stigma of mental illness contribute to suicidality?* The British Journal of Psychiatry, 2014. 205(4): p. 257-9.
15. Lally, J., et al., *Stigma of mental illness and help-seeking intention in university students*. The Psychiatrist, 2013. 37(8): p. 253-60.
16. Eisenberg, D., et al., *Stigma and help seeking for mental health among college students*. Medical Care Research and Review, 2009. 66(5): p. 522-41.
17. Mårtensson, G., J.W. Jacobsson, and M. Engström, *Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2014. 21(9): p. 782-8.
18. Corrigan, P.W., et al., *What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect*. Journal of Mental Health, 2016. 25(1): p. 10-5.
19. Kessler, R.C., et al., *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of General Psychiatry, 2005. 62(6): p. 593-602.
20. Coffey, R.M., et al., *National estimates of expenditures for mental health and substance abuse treatment*. 2000, Rockville, Md: Department of Health and Human Services.
21. King, C.A., et al., *24-Hour warning signs for adolescent suicide attempts*. Psychological Medicine, 2024. 54(7): p. 1272-83.
22. Stanley, B. and G. Brown, *Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk*. Cognitive and Behavioral Practice, 2012. 19(2): p. 256-64.
23. Gerson, R., et al., *Best practices for evaluation and treatment of agitated children and adolescents (BETA) in the emergency department: consensus statement of the american association for emergency psychiatry*. The Western Journal of Emergency Medicine, 2019. 20(4): p. 688-689.
24. Kelleher, I., et al., *Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis of population-based studies*. Psychological Medicine, 2012. 42: p. 1857-63.
25. Freudenreich, O., S.C. Schulz, and D.C. Goff, *Initial medical work-up of first-episode psychosis: a conceptual review*. Early Intervention in Psychiatry, 2009. 3(1): p. 10-8.

26. Lytle, S., et al., *Youth with autism spectrum disorder in the emergency department*. The Journal of Clinical Psychiatry, 2018. 79(3): p. 17r11506.
27. McGonigle, J.J., et al., *Management of agitation in individuals with autism spectrum disorders in the emergency department*. . Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2014. 23(1): p. 83-95.
28. Nicholas, D.B., et al., *Toward practice advancement in emergency care for children with autism spectrum disorder*. Pediatrics, 2016. 137(Suppl 2): p. S205-11.
29. Coulter, R.W.S., et al., *Mental health, drug, and violence interventions for sexual/gender minorities: a systematic review*. Pediatrics, 2019. 144(3): p. e20183367.
30. Hale, M.A., *Tarasoff v. regents of University of California*. 2024, casebriefs.com.
31. David, G.J. *The tarasoff two-step*. 2012 [cited 2024 22 Junw]; Available from: https://www.camft.org/images/PDFs/AttorneyArticles/Dave/The_Tarasof_Two-Step.pdf.
32. Fortunati, F.G. and H.V. Zonana, *Legal considerations in the child psychiatric emergency department*. Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2013. 12(4): p. 745-61.

บทที่ 2

กรอบรว การเลี้ยงดู และผลกระทบต่อการพัฒนาการเด็ก

ทดสอบความรู้

1. เด็กที่ตกหายพ่อแม่ด้วยความตื่นเต้นหลังจากที่ไม่ได้เจอกันมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง ถือ是孩子ที่มีความผูกพันแบบใด¹
2. เด็กที่ตกหายพ่อแม่ด้วยความเป็นศัตรูหรือก้าวร้าวหลังจากที่ไม่ได้เจอกันมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง ถือว่ามีรูปแบบความผูกพันแบบใด²
 - ก. ไม่มีทิศทาง
 - ข. ปลอดภัย
 - ค. หลีกเลี้ยง
 - ง. คลุมเครือ/ขัดแย้ง

บทนำ

การเลี้ยงดู การเลี้ยงเด็ก การดูแลเด็ก และการศึกษาการเลี้ยงดูเป็นแนวคิดสำคัญที่สามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ของเด็กได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้คำจำกัดความของแต่ละแนวคิดก่อนเรียนรู้เกี่ยวกับ ‘การเลี้ยงดู’

การเลี้ยงดู (parenting) หมายถึง กระบวนการเลี้ยงดู ส่งเสริม และสนับสนุนพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของเด็กจนเป็นผู้ใหญ่และตลอดช่วงชีวิตของผู้เป็นพ่อแม่ [1]

การเลี้ยงเด็ก (child-rearing) มักถูกนิยามแทนกับการเลี้ยงดู อย่างไรก็ตาม มีบุคคลที่ไม่ได้เป็นพ่อแม่หลายคน (เช่น สังคม ผู้ให้บริการดูแลเด็ก ครู รัฐบาล) ที่เสนอการดูแลประเภทเดียวกันโดยไม่ได้เป็น ‘พ่อแม่’ ตามกฎหมายของเด็ก

¹ คำตอบ ข

² คำตอบ ก

การดูแล (care-giving) หมายถึง การรับผิดชอบหลักให้กับบุคคลที่ไม่สามารถให้ความต้องการพื้นฐานทั้งหมดแก่ตนเองได้ ตัวอย่างอาจรวมถึงผู้ปกครอง ผู้ให้บริการดูแลเด็ก ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรม หรือสมาชิกในครอบครัว

ผู้ปกครอง (parent) คำว่า ‘ผู้ปกครอง’ ‘ผู้ดูแลหลัก’ และ/หรือ ‘สมาชิกในครอบครัว’ สามารถใช้แทนกันได้เพื่อบ่งชี้กลุ่มบุคคลที่หลากหลายซึ่งรับผิดชอบหลักในการเลี้ยงดูลูก เจอนไขเหล่านี้อาจรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงสมาชิกในครอบครัวที่ขยายออกไป ผู้ปกครอง ญาติสมมติ ครอบครัวอุปถัมภ์ เพื่อนสนิท ผู้ที่มีพันธะทางกฎหมายและ/หรือทางชีววิทยา ฯลฯ

ครอบครัว (family) ในทำนองเดียวกัน คำว่า ‘ครอบครัว’ จะถูกใช้เพื่อแสดงถึงโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลายซึ่งอาจได้มาจาก (ก) ค่านิยม ความเชื่อ หรือพันธะความสัมพันธ์ (เช่น การอยู่กินกันโดยไม่จดทะเบียน) (ข) สายเลือด การแต่งงาน หรือพันธะทางกฎหมาย (เช่น การรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม) (ค) พันธะทางสังคม (เช่น การอุปถัมภ์การเลี้ยงดู หรือพันธะทางเศรษฐกิจ) และ (ง) การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในแต่ละวัน [2] ดังนั้น ‘ครอบครัว’ อาจรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียงสมาชิกในครอบครัวที่ขยายออกไป ผู้ปกครอง ญาติสมมติ ครอบครัวอุปถัมภ์ เพื่อนสนิท ผู้ที่มีพันธะทางกฎหมายหรือทางชีววิทยา ฯลฯ

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการมีบุตร

ปัจจุบันนี้ ประเทศไทยมีประชากรที่มีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทยประมาณ 63 ล้านกว่าคน ยังมีประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยโดยไม่มีหลักฐาน เช่น แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งพม่า ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ที่เข้าเมืองอย่างไม่ถูกต้องอีกเป็นจำนวนมาก (อาจมากถึง 3-4 ล้านคนก็เป็นได้)

ในแต่ละปี จะมีการเกิดที่มาจดทะเบียนประมาณ 8 แสนคน เป็นที่น่าสังเกตว่า จำนวนเด็กเกิดในประเทศไทยได้ลดน้อยลงอย่างมากในรอบ 50 ปีที่ผ่านมา ในช่วง 20 ปีระหว่างปี พ.ศ.2506 ถึง 2526 มีเด็กเกิดปีละเกินกว่าหนึ่งล้านคน บางปีตัวเลขสูงขึ้นไปถึง 1.2 ล้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 เป็นต้นมา เด็กเกิดในประเทศไทยมีจำนวนค่อย ๆ ลดลง ต่ำกว่าหนึ่งล้านคนในแต่ละปี ตัวเลขล่าสุดในปี พ.ศ.2551 มีเด็กเกิดเพียง 797,356 ราย น้อยกว่า 8 แสนคนแล้ว

สถิติประชากรให้ตัวเลขที่น่าตกใจ เมื่อ 50 ปีก่อน ผู้หญิงไทยคนหนึ่งมีลูกเฉลี่ยตลอดวัยเจริญพันธุ์ของตนประมาณ 5-6 คน แต่ทุกวันนี้ผู้หญิงไทยคนหนึ่งมีลูกโดยเฉลี่ยเพียง 1.5 คนเท่านั้น น้อยกว่าเมื่อก่อนถึง 4 เท่าตัว

เด็กเกิดน้อยลงเป็นแนวโน้มทั่วโลก

ปรากฏการณ์ประชากรที่เกิดขึ้นทั่วทั้งโลกมีแนวโน้มจะลดลง บางประเทศ เช่น ประเทศต่างๆ ในทวีปยุโรป การเกิดได้ลดลงมานานแล้ว บางประเทศการเกิดเพิ่งจะลดลงเมื่อไม่นานมานี้ ประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย แม้จะมีอัตราเกิดที่ยังสูงอยู่ แต่ก็มีแนวโน้มว่าจะลดลงในอนาคตอันใกล้

ประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ หรือการเกิดลดลงมาอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ๆ ผู้หญิงจะมีลูกตลอดด้วยเจริญพันธุ์ของตน เฉลี่ยต่ำกว่า 2 คน เรียกว่าเป็น ‘ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับทดแทน’ หมายความว่า ผู้หญิงคนหนึ่งมีลูกเฉลี่ยน้อยกว่า 2 คน ซึ่งเป็นจำนวนไม่พอที่จะทดแทนพ่อและแม่ ประเทศในเอเชียหลายประเทศ มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับทดแทนแล้ว ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ ไต้หวัน จีน รวมทั้งประเทศไทย มีอัตราเจริญพันธุ์รวม หรือจำนวนลูกที่ผู้หญิงคนหนึ่งจะมีตลอดด้วยเจริญพันธุ์ต่ำกว่า 1.5 คน บางประเทศกำลังเป็นกังวลว่าประเทศของตนกำลังมีเด็กเกิดน้อยเกินไป จนในที่สุดแล้วจะทำให้ประชากรลดลงได้

หลายประเทศที่มีอัตราเกิดต่ำมาก ๆ มีนโยบายและมาตรการส่งเสริมให้มีการเกิดเพิ่มมากขึ้น เช่น สิงคโปร์มีมาตรการหลายอย่าง ส่งเสริมให้คนรุ่นใหม่จับคู่แต่งงานกัน หนุ่มสาวชาวสิงคโปร์คงมุ่งอยู่กับการทำงาน จนขาดโอกาสในการพบคู่ รัฐบาลจึงริเริ่มโครงการให้หญิงชายได้พบปะกัน เมื่อแต่งงานแล้ว รัฐบาลสิงคโปร์ก็ส่งเสริมให้มีลูก ให้แรงจูงใจแก่คู่แต่งงานที่จะมีลูกด้วยมาตรการด้านภาษี ที่อยู่อาศัย และสวัสดิการช่วยดูแลเด็กเล็ก

ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้เป็นอีกสองประเทศที่แสดงความกังวลอย่างมากกับการที่ประชากรในประเทศของตนมีลูกกันน้อยเกินไป ทั้งสองประเทศประกาศนโยบายส่งเสริมให้คนมีลูกกันมากขึ้นอย่างประเทศญี่ปุ่น ปัจจุบันมีประชากรประมาณ 127 ล้านคน อัตราเกิดของชาวญี่ปุ่นต่ำมาก จนถึงวันนี้ อัตราเพิ่มประชากรได้เริ่มติดลบแล้ว หมายความว่าประชากรญี่ปุ่นกำลังลดจำนวนลง อีก 10 ปีข้างหน้า ประชากรญี่ปุ่นอาจจะลดลงเหลือ 123-124 ล้านคน

ส่วนตัวอย่างในยุโรป การเปลี่ยนแปลงบางอย่างในรูปแบบการมีบุตรกัน โดยหลัก ๆ แล้วมาจากสถิติตามสถิติของ ONS ในปี 2020 มีเด็กเกิดมีชีวิต 613,936 คนในอังกฤษและเวลส์ ซึ่งเป็นจำนวนที่ต่ำที่สุดนับตั้งแต่ปี 2002 และลดลง 4.1 เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับปี 2019

อัตราการเจริญพันธุ์โดยรวมยังต่ำเป็นประวัติการณ์อีกด้วย โดยในปี 2020 อยู่ที่ 1.58 คนต่อสตรี 1 คน แม้ว่า COVID-19 จะส่งผลกระทบต่ออัตราการมีบุตรในปี 2020 แต่ในสหราชอาณาจักรและประเทศตะวันตกหลายแห่งกลับมีบุตรน้อยลง [2]

อิทธิพลของการเลี้ยงลูก

การเลี้ยงลูกเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนซึ่งพ่อแม่และลูกต่างก็ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน มีหลายสาเหตุที่ทำให้พ่อแม่มีพฤติกรรมแบบนั้น อิทธิพลต่าง ๆ มากมายที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกยังคงอยู่ระหว่างการศึกษ อิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมของพ่อแม่ ได้แก่

1. ลักษณะของพ่อแม่
2. ลักษณะของลูก
3. ลักษณะตามบริบทและสังคมวัฒนธรรม

ลักษณะของพ่อแม่

พ่อแม่มีลักษณะและคุณสมบัติเฉพาะตัวมาสู่ความสัมพันธ์ในการเลี้ยงลูก ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจของพวกเขาในฐานะพ่อแม่ ลักษณะเหล่านี้ได้แก่ อายุของพ่อแม่ อัตลักษณ์ทางเพศ บุคลิกภาพ ประวัติการ พัฒนา ความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกและพัฒนาการของเด็ก และสุขภาพจิตและร่างกาย บุคลิกภาพของพ่อแม่ยังส่งผลต่อพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกอีกด้วย พ่อแม่ที่ยอมรับผู้อื่น มีจิตสำนึก และเข้ากับผู้อื่นได้ดีจะเป็นคนอบอุ่นและคอยสร้างโครงสร้างให้กับลูก ๆ มากกว่า พ่อแม่ที่ยอมรับมากกว่ามีความวิตกกังวลน้อยกว่า และมีทัศนคติเชิงลบน้อยกว่า ยังสนับสนุนความเป็นอิสระของลูก ๆ มากกว่า พ่อแม่ที่มีลักษณะบุคลิกภาพเหล่านี้ดูเหมือนจะตอบสนองต่อลูก ๆ ในเชิงบวกได้ดีกว่า และสร้างสภาพแวดล้อมที่สม่ำเสมอและเป็นระบบมากขึ้นสำหรับลูก ๆ ของตน [3]

ประวัติพัฒนาการของพ่อแม่หรือประสบการณ์ของพ่อแม่ในฐานะลูก ๆ อาจส่งผลต่อกลยุทธ์การเลี้ยงลูกได้เช่นกัน พ่อแม่อาจเรียนรู้แนวทางการเลี้ยงลูกจากพ่อแม่ของตนเอง พ่อที่มีพ่อแม่คอยดูแลอบรมสั่งสอนอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมกับวัย และให้ความอบอุ่น มักจะเลี้ยงลูกอย่างสร้างสรรค์กับลูก ๆ ของตนเอง มากกว่ารูปแบบการเลี้ยงลูกเชิงลบและการอบรมสั่งสอนที่ไม่มีประสิทธิภาพยังปรากฏให้เห็นจากรุ่นสู่รุ่นอีกด้วย อย่างไรก็ตาม พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ไม่พอใจกับแนวทางการดูแลของผู้ดูแลหลักอาจมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงลูกเมื่อมีลูก [4]

ลักษณะของเด็ก

การเลี้ยงลูกมีลักษณะเป็นแบบสองทิศทาง โดยไม่เพียงแต่ผู้ปกครองและผู้ดูแลจะส่งผลต่อลูกเท่านั้น แต่ลูก ๆ ยังมีอิทธิพลต่อผู้ปกครอง/ผู้ดูแลหลักด้วยเช่นกัน ลักษณะของเด็ก เช่น อัตลักษณ์ทางเพศ ลำดับการเกิด อารมณ์ และสถานะสุขภาพ สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมและบทบาทในการเลี้ยงดูลูกได้ ตัวอย่างเช่น ทารกที่มีอารมณ์ดีอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากสามารถปลอบเด็กได้ง่าย และทำ

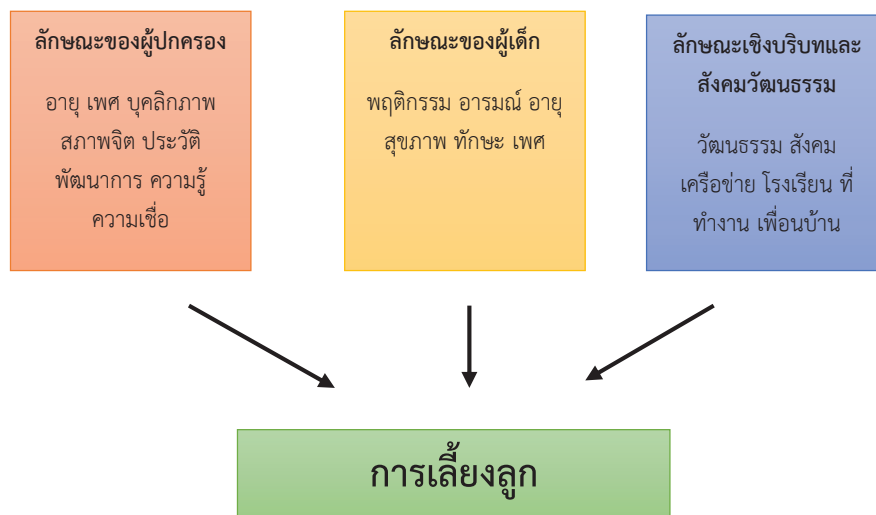
ให้เด็กยิ้มและอ้อแอ้ได้ง่าย ในทางกลับกัน ทารกที่อแงหรือเอาแต่ใจอาจทำให้ผู้ดูแลมีปฏิกริยาเชิงบวกน้อยลง และอาจทำให้พ่อแม่รู้สึกว่าการทำหน้าที่ของตนได้น้อยลง เมื่อเวลาผ่านไป พ่อแม่ที่มีลูกที่เลี้ยงยากอาจลงโทษลูกมากขึ้นและอดทนกับลูกน้อยลง พ่อแม่หลายคนที่มีลูกที่เลี้ยงยากและเอาแต่ใจมักจะรู้สึกพึงพอใจกับความสัมพันธ์ของตนเองน้อยลงและมีปัญหามากขึ้นในการรักษาสมดุลระหว่างบทบาทหน้าที่การงานและครอบครัว ดังนั้นอารมณ์ของเด็กจึงเป็นลักษณะอย่างหนึ่งของเด็กที่ส่งผลต่อการปฏิบัติต่อลูกของผู้ดูแล

ลักษณะเฉพาะอีกประการหนึ่งของเด็ก คือ อัตลักษณ์ทางเพศของเด็ก ผู้ปกครองบางคนมอบหมายงานบ้านที่แตกต่างกันให้ลูกตามอัตลักษณ์ทางเพศของลูก ตัวอย่างเช่น การวิจัยในอดีตแสดงให้เห็นว่า เด็กผู้หญิงมักจะรับผิดชอบในการดูแลน้อง ๆ และงานบ้านมากกว่า ในขณะที่เด็กผู้ชายมักจะถูกขอให้ทำหน้าที่นอกบ้าน เช่น ตัดหญ้า การวิจัยยังแสดงให้เห็นอีกด้วยว่าผู้ปกครองบางคนพูดคุยกับลูกแตกต่างกันตามอัตลักษณ์ทางเพศของลูก เช่น ให้คำอธิบายทางวิทยาศาสตร์กับลูกชายมากกว่าและใช้คำพูดที่แสดงอารมณ์กับลูกสาวมากกว่า[4]

ลักษณะเชิงบริบทและสังคมวัฒนธรรม

ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกไม่ได้เกิดขึ้นโดยแยกจากลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม เช่น ความยากลำบากทางเศรษฐกิจ ศาสนา การเมือง ละแวกบ้าน โรงเรียน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถส่งผลต่อการเลี้ยงลูกได้เช่นกัน ผู้ปกครองที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจมักจะหงุดหงิด หดหู่ และเศร้าใจได้ง่ายกว่า ซึ่งลักษณะทางอารมณ์เหล่านี้สามารถส่งผลต่อทักษะการเลี้ยงลูกได้ อีกทั้งวัฒนธรรมยังสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมและการเลี้ยงลูกในรูปแบบพื้นฐานได้อีกด้วย แม้ว่าการส่งเสริมการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการทำหน้าที่ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพตามความสามารถสูงสุดจะเป็นเป้าหมายสากลของการเลี้ยงลูก แต่ทักษะเฉพาะที่จำเป็นนั้นแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ดังนั้นผู้ปกครองจึงมีเป้าหมายที่แตกต่างกันสำหรับลูก ๆ ซึ่งบางส่วนขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของพวกเขา ตัวอย่างเช่น ผู้ปกครองจะแตกต่างกันในเรื่องเป้าหมายเพื่อความเป็นอิสระและความสำเร็จส่วนบุคคลและเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสัมพันธ์ที่กลมกลืนและการฝังตัวอยู่ในเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่แข็งแกร่ง [5]

ความแตกต่างในเป้าหมายของผู้ปกครองเหล่านี้อาจได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสถานการณ์ย้ายถิ่นฐาน ลักษณะบริบทที่สำคัญอื่น ๆ เช่น ละแวกบ้าน โรงเรียน และเครือข่ายสังคม อาจส่งผลต่อการเลี้ยงลูกได้ แม้ว่าสถานที่เหล่านี้จะไม่ได้มีทั้งเด็กและผู้ปกครองเสมอไปก็ตาม ตัวอย่างเช่น แม่ในบริบทเมืองที่มองว่าละแวกบ้านของตนอันตรายกว่า จะแสดงความอบอุ่นต่อลูก ๆ น้อยกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะความเครียดที่มากขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่คุกคาม



ภาพที่ 2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดู

ทักษะการเลี้ยงดู บทบาท เป้าหมาย และความรับผิดชอบ

ไม่ว่าจะมีปัจจัยบริบทและเป้าหมายที่หลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดู แต่บทบาทและความรับผิดชอบของการเป็นพ่อแม่ที่ได้จากกฎหมาย นโยบาย การวิจัย และการปฏิบัติ ทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ ที่เป็นหน้าที่พื้นฐานของการเป็นพ่อแม่ดีซึ่งครอบคลุมหลายวัฒนธรรม ได้แก่

ความปลอดภัยและการดำรงชีพ : การจัดหาอาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า การดูแลทางการแพทย์ และการป้องกันจากอันตรายอย่างเพียงพอในบริบทที่หลากหลาย (เช่น ละแวกบ้าน โครงสร้างครัวเรือน)

การสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ : การตอบสนองที่อบอุ่นและเป็นบวก ความรัก การสื่อสาร ความคาดหวัง การยืนยัน การให้กำลังใจ การควบคุมอารมณ์ การชื่นชม การลงโทษ และการเป็นแบบอย่างของพฤติกรรมที่เหมาะสม

การกระตุ้น/การสั่งสอน : การสนับสนุนความสำเร็จและการเรียนรู้ผ่านการสัมผัสและประสบการณ์ที่เหมาะสมกับพัฒนาการและเสริมสร้างวัฒนธรรม

การสอดส่องดูแล : การติดตามไปยังสถานที่ต่าง ๆ การสื่อสาร การทำกิจกรรม การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ การคงไว้ซึ่งการสื่อสารแบบสองทางกับเด็กอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ : อำนวยความสะดวกให้เกิดสภาพแวดล้อมและกิจกรรมที่เป็นระเบียบผ่านกิจวัตรประจำวัน พิธีกรรม การย่อยเนื้อหาข้อมูลต่าง ๆ ให้ลูก และการจัดการเวลา

การเข้าสังคม : สนับสนุนการเชื่อมต่อกับชุมชน ญาติ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และสถาบันต่าง ๆ