

## บทที่ 3

### สถานการณ์ด้านความเจ็บป่วยทางจิตของเด็กและเยาวชน

#### ภาวะความเจ็บป่วยทางจิตในเด็กและวัยรุ่น

ในประเทศไทยประชากรวัยเด็กและวัยรุ่นสาว(อายุ 0-24 ปี) มีสัดส่วนถึงร้อยละ 45 ของประชากรทั้งหมด ใน พ.ศ.2543 ประชากรในวัยดังกล่าวมีจำนวนรวม 30 ล้าน ดังนั้นปัญหาสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ

#### พัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น

มนุษย์เราเริ่มมีพัฒนาการตั้งแต่วัยทารกด้วยศักยภาพซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาทางพันธุกรรม และเจริญเติบโตขึ้นโดยมีผู้คอยเอาใจใส่ดูแลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาวะแวดล้อม เหตุการณ์บางอย่างที่เด็กประสบในช่วงเวลาดังกล่าวอาจมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมของเด็ก เช่น ทารกที่ขาดการดูแลเป็นเวลานานจะขาดความรู้สึกผูกพันกับผู้อื่นซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็กในเวลาต่อมาด้วย นอกจากนี้ประสิทธิภาพบางอย่างของทารก เช่น พัฒนาการของกล้ามเนื้อจะมีความแข็งแรงเป็นพิเศษ และทนทานต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นจะค่อนข้างอ่อนไหว และเปลี่ยนแปลงง่าย โดยรวมแล้วพัฒนาการของเด็กเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนร่วมกันของปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังอายุ 10 ปีไปแล้ว เด็กก่อนวัยรุ่นเริ่มประสบกับพฤติกรรมใหม่ๆ เช่นหลงเสน่ห์สาว เช่น นู๋หรี สุราและสารชนิดอื่นๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือว่าเป็นสิ่งธรรมดา

พัฒนาการของวัยรุ่นเป็นช่วงเวลาซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งต้องมีการปรับตัวอีกหลายอย่าง นับว่าเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและทำให้เกิดความอ่อนแอเมื่อถึงเวลาต้องเข้ากลุ่มเพื่อน โดยทั่วไปเด็กในวัยนี้ควรมีความมั่นคงทางจิตใจ มีเอกลักษณ์ที่ชัดเจนของตัวเอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่ใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นการดูแลตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือการเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย

ทางด้านสังคมเด็กวัยรุ่นจะมีความเป็นตัวของตัวเอง ห่างจากบิดา มารดา และหันมาคบเพื่อน และไว้ใจเพื่อน ช่วงวัยรุ่นตอนต้นเด็กจะให้ความสนิทสนมและไว้ใจเพื่อนสูงสุด แล้วต่อจากนั้นจะ

ลดน้อยลง วัยรุ่นจะประเมินตนเองและพฤติกรรมจากปฏิกิริยาที่เพื่อนๆแสดง ดังนั้นเพื่อนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพัฒนาการ ทั้งทางด้านอารมณ์และจิตใจของเด็ก การที่เพื่อนๆยอมรับนับว่าเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับการปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน จะมีผลอย่างร้ายแรงต่อสภาพจิตใจของเด็ก เมื่อวัยรุ่นประเมินความเสี่ยงจะคิดเฉพาะผลกระทบในปัจจุบัน ไม่คิดถึงผลในระยะยาวเหมือนผู้ใหญ่ เช่นการสูบบุหรี่วัยรุ่นคิดเพียงว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องโก้เก๋และให้ความเพลิดเพลิน โดยไม่คิดถึงพิษภัยของบุหรี่ในระยะยาว การที่กลุ่มเพื่อนไม่ยอมรับ ถูกถูกหรือกล่าวหาว่ายังไม่โตพอ จะมีผลเสียต่อสภาพจิตใจของเด็กอย่างร้ายแรง ยิ่งกว่าความเสี่ยงภัยต่อการสูบบุหรี่หรือสุรา

- **ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นทั่วไปและอุบัติการณ์การเกิดโรค**

พบว่า วัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างที่สำคัญคือ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น (ร้อยละ 31) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (ร้อยละ 5) การใช้สารเสพติด (ร้อยละ 1-44) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การเที่ยวสถานเริงรมย์และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ส่วนพฤติกรรมหนีออกจากบ้านซึ่งอาจเป็นเครื่องชี้ว่าเด็กไม่มีความสุขเมื่ออยู่ที่บ้านนั้นพบได้ถึงร้อยละ 10 พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้แม้ไม่ได้เป็นปัญหาสุขภาพจิตโดยตรงแต่อาจนำไปสู่ปัญหาทางจิต-สังคมได้หลายอย่าง เช่น การละเมิดทางเพศ การใช้สารเสพติด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยเครียดทางจิต-สังคม ในวัยรุ่นทั่วไป

	ร้อยละของผู้ตอบ					
	ทั่วประเทศ (9003)	กรุงเทพฯ (1,269)	ภาคเหนือ (2,363)	ภาค อีสาน (2,533)	ภาค กลาง (1,904)	ภาคใต้ (933)
<b>ปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัว</b>						
บิดาหรือมารดาตักงานในปีที่ผ่านมา	12.9	11.3	15.3	14.4	10.1	10.4
บิดาหรือมารดาที่มีความพิการทางกายโรครุนแรงหรือเรื้อรัง (N=8,467)	12	13	13.5	11.3	11.1	10.7
บิดาหรือมารดาที่มีปัญหาสุขภาพจิตระดับมากและปานกลาง (N=8,569)	20.3	24.5	22	21.5	19.3	18.9
ผู้ใกล้ชิดเคยพยายามฆ่าตัวตาย(N=7,887)	11.2	13	11.5	10	12.3	8.7
สมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตใน 1 ปีที่ผ่านมา	39.9	39.6	41.9	37.2	42	38.5
ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา-มารดาไม่ดี(N=8,461)	4.4	6.9	3.5	3.7	5.2	4.1
ครอบครัวมีปัญหาการเงินอย่างมาก	14.2	11.7	18.7	18.9	11.3	10
<b>ปัจจัยเกี่ยวกับตัววัยรุ่น</b>						
ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับบิดาไม่ดี	3.6	5.1	3.2	3.1	4	3.4
ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับมารดาไม่ดี	1.6	2.2	1.5	1.6	1.5	1.4
รู้สึกตนเองมีสุขภาพจิตและการปรับตัวไม่ดี	2.7	3.1	2.9	2.7	2	2.8
มีความพิการทางกาย โรครุนแรงหรือเรื้อรัง	7.9	6.8	8.9	8.6	6.7	7.1
ผลการเรียนไม่ดี	13.1	16.5	12.3	13.6	12.6	10.5
คบเพื่อนที่มีปัญหาทะเล	2.7	2.2	4.2	2	2.2	2.1
ไม่มีกิจกรรมหรืองานอดิเรก	45.9	45.8	48.5	45.4	42.4	48
ไม่ร่วมพิธีกรรมทางศาสนา หรือร่วมนานๆครั้ง	82.9	86.1	80.5	81.6	95.8	86.1

ที่มา:รายงานผลการวิจัยทุนองค์การอนามัยโลก มีนาคม 2541

ตารางที่ 2 ปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ

	เคยทำ* ร้อยละ	ทำบ่อยๆ/ เป็นประจำ** ร้อยละ	ภาคที่มีอัตราสูงสุด
<b>พฤติกรรมที่นำไปสู่อุบัติเหตุ</b>			
ขับซิ่งรถผาดโผน	52	10	ภาคเหนือ
ขับซิ่งรถหลังดื่มสุรา	12	3	ภาคเหนือ
<b>พฤติกรรมก้าวร้าว</b>			
พกพาอาวุธ	18	6	กรุงเทพฯ
วิวาทชกต่อย	31	3	กรุงเทพฯ/ภาคเหนือ
คิดฆ่าตัวตาย+	19	0	ภาคเหนือ
พยายามฆ่าตัวตาย+	5	0	ภาคเหนือ
<b>การใช้สารเสพติด</b>			
เคยใช้สารเสพติด(ยกเว้นบุหรี่ปริมาณเล็กน้อย)	17	0	ภาคเหนือ
บุหรี่ปริมาณเล็กน้อย	33	7	กรุงเทพฯ/ภาคเหนือ
แอลกอฮอล์	44	8	กรุงเทพฯ/ภาคเหนือ
กัญชา	7	2	ภาคเหนือ
สารระเหย	3	1	กรุงเทพฯ/ภาคเหนือ
ยาบ้า	4.5	1	ภาคเหนือ
เฮโรอีน	1	0	ภาคอีสาน/ภาคกลาง
ยานอนหลับ	6.5	1.6	ภาคเหนือ
<b>พฤติกรรมอื่น ๆ</b>			
หนีออกจากบ้าน	10	2	ภาคเหนือ
เที่ยวสถานเริงรมย์	40	10	ภาคเหนือ
มีเพศสัมพันธ์	9	7	ภาคเหนือ

\*ที่มา:รายงานผลการวิจัยทุนองค์การอนามัยโลก มีนาคม 2541

### ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มพิเศษ

อุปสรรคและคณะได้ทำการศึกษาถึงความชุกและลักษณะปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นเฉพาะกลุ่มได้แก่ วัยรุ่นในเขตเมือง วัยรุ่นที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายและมารับการรักษาที่โรงพยาบาล วัยรุ่นที่พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกทางกัน วัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายและต้องเข้ารับการอบรมในสถานพินิจ วัยรุ่นที่ด้อยโอกาส (ชนกลุ่มน้อย เด็กกำพร้าและยากจน) วัยรุ่นในชนบท วัยรุ่นที่

ถูกละเมิดทางเพศ และวัยรุ่นที่ขายบริการทางเพศ(การศึกษาบางเรื่องมีเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี ร่วมอยู่ด้วยผลการศึกษาพบว่าเด็กและวัยรุ่นแต่ละกลุ่มมีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันดังนี้

### 1. เด็กและวัยรุ่นในเขตเมือง(Urban youth) : ภาวะซึมเศร้า

การศึกษาความชุกและลักษณะของอาการซึมเศร้าวรรวมทั้งปัจจัยทางจิต-สังคมที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนมัธยมสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 10-17 ปี จำนวน 1,264 คนพบว่า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก มีร้อยละ 40.8 และผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงมีร้อยละ 13.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด การวิเคราะห์คำตอบพบว่าเด็กที่มีอาการซึมเศร้าเลือกคำตอบเกี่ยวกับความนึกคิดและอาการทางร่างกาย มากกว่าคำตอบเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าตรงๆ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าจะมีปัญหาทางจิตสังคมสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่งในทุกด้าน ปัจจัยที่พบว่าเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือผลการเรียนต่ำ ภาวะครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา การที่บิดามารดาไม่ได้เป็นผู้เลี้ยงดู การศึกษาและรายได้ของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในระดับต่ำ สภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุขและปัญหาสุขภาพจิตในบิดามารดา

### 2. เด็กวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคทางกาย:พฤติกรรมฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า

การศึกษาในผู้ป่วยอายุ 10-15 ปี จำนวน 92 รายที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บป่วยทางกาย พบความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 38 ลักษณะของพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบ่งเป็นความคิดจะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 91.4 การฆ่าตัวตายร้อยละ 2.9 และการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 5.7 วิธีการที่พบบ่อยที่สุดคือ การใช้มีดแทงตนเอง เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยที่สุดคือ การใช้มีดแทงตนเอง เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยที่สุดคือการถูกบิดามารดาลงโทษ เด็กที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อนจะมีภาวะซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กที่ไม่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ร้อยละ 48.6 และ 19.3  $P < 0.001$ ) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเครียดทางจิต-สังคม พบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีปัจจัยเครียดสูงกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายถึง 1.5 เท่า และพบว่า ภาวะซึมเศร้า การไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง การเจ็บป่วยรุนแรงหรือเว็ริงของตัวเด็ก และการถูกทารุณทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก

### 3. เด็กที่พ่อแม่หย่าร้างหรือแยกทางกัน

การศึกษาในเด็กที่มาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ในร้อยละ 23 บิดามารดามีปัญหาหย่าร้างหรือแยกทางกัน เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่พ่อแม่หย่าร้างจำนวน 20 ราย กับกลุ่มที่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มแรกมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 65 ในขณะที่กลุ่มหลังมีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 21 โรคซึมเศร้าที่พบบ่อยที่สุดคือ adjustment disorder with depress mood

ค่าเฉลี่ยของ CDI ในเด็กกลุ่มแรกสูงกว่ากลุ่มหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมองตนเองและมองชีวิตในเชิงลบพบในเด็กกลุ่มแรกสูงกว่ากลุ่มหลัง แต่ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวของเด็กที่บิดามารดาหย่าร้างกันมีปัญหาทางจิต-สังคม ในอัตราที่สูงกว่าครอบครัวของเด็กที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันโดยเฉพาะปัญหาเศรษฐกิจ การว่างงานของผู้เลี้ยงดูหลัก และการเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัวในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา

4. วัยรุ่นที่อยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง: ปัญหาจิตเวชทั่วไป
5. เด็กด้อยโอกาส: พฤติกรรมฆ่าตัวตาย
6. เด็กวัยรุ่นในชนบท: ภาวะอุปาทานระบาศ
7. เด็กและวัยรุ่นที่ถูกละเมิดทางเพศ
8. เด็กและวัยรุ่นที่ขายบริการทางเพศ

**ผู้มารับบริการทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มเป็นผู้หญิงเพิ่มขึ้น** อายุเฉลี่ยของผู้ที่พ่อแม่มาขอคำปรึกษาอยู่ระหว่าง 14-17 ปีและกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

1. พ่อแม่ส่วนใหญ่อายุ 45 ปีขึ้นไป และมีระดับการศึกษาปริญญาตรี ส่วนใหญ่แม่พามา รองลงมาเฉพาะแม่ ขอปรึกษาเรื่องพฤติกรรมวัยรุ่น
2. ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 18-41
3. ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เด็กเครียดเพราะการเรียน ประกอบกับพ่อแม่มีความคาดหวังในตัวเด็กสูงแต่พ่อแม่ไม่มีเวลาให้ และเด็กมีปัญหาในการปรับตัว กลุ่มที่มีระดับคะแนนความเครียดสูงกว่าปกติพบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารเชิงลบ และมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ซึ่งเป็นปัญหาการเรียนส่วนใหญ่ รองลงมาเป็นโรคจิตเภท โรคซึมเศร้าและการปรับตัวผิดปกติ
4. ต้นทุนการให้บริการเป็นบาทต่อครั้ง โดยคิดจากค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน เท่ากับ 19,371 บาท (2544) 23,598 บาท (2545) และ 15,108 บาท (2546)

จากสถิติผู้มารับบริการในหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตกลุ่มเด็กและวัยรุ่น พบว่าโรคทางจิตเวชและปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ความผิดปกติของการพัฒนาการทางจิตใจ ร้อยละ 36.8 รองลงมา คือ ปัญญาอ่อน ร้อยละ 21.5 ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่เริ่มต้นในเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 14.9 พฤติกรรมแบบจิตเพศและความหลงผิดร้อยละ 9.9 และความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 7.4 (ตารางที่ 2-4)

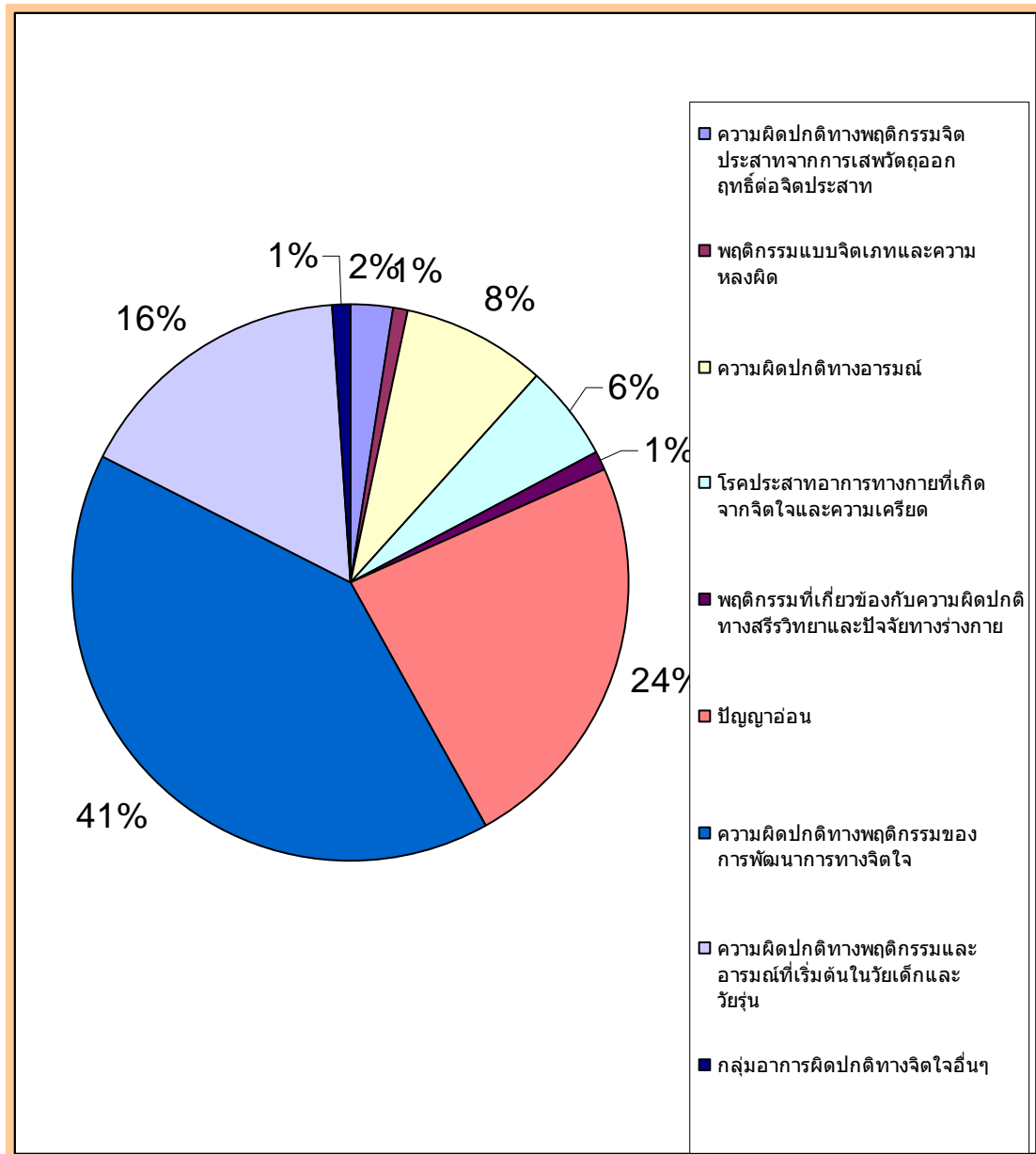
ตารางที่ 2-4 จำนวนและร้อยละของเด็กและวัยรุ่น (0-15 ปี) ที่มารับบริการในหน่วยงาน  
กรมสุขภาพจิต จำแนกตามโรคและปัญหาสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545

โรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความผิดปกติทางพฤติกรรมจิตประสาทจากการเสพวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	590	2.2
พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด	2,556	.9
ความผิดปกติทางอารมณ์	1,903	7.4
โรคประสาทอาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด	1,309	5.1
พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางร่างกาย	296	1.1
<b>ปัญหาอื่น</b>	<b>5,551</b>	<b>21.5</b>
<b>ความผิดปกติทางพฤติกรรมของการพัฒนาการทางจิตใจ</b>	<b>9,523</b>	<b>36.8</b>
<b>ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่เริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น</b>	<b>3,868</b>	<b>14.9</b>
กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตใจอื่นๆ	275	1.1
รวม	25,871	100

ที่มา : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต

ภาพที่ 2-25 จำนวนเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต

จำแนกตามโรคและปัญหาสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2545



### ปัญญาอ่อน

หมายถึงระดับสติปัญญาที่ด้อยหรือต่ำกว่าปกติ ซึ่งมีสาเหตุเกิดขึ้นในระหว่างการพัฒนาเจริญเติบโตในวัยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถจำกัดในด้านการเรียน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและมีการเจริญเติบโตไม่สมวัย

ระดับสติปัญญาวัดได้ด้วยการทดสอบระดับเชาวน์ปัญญา ซึ่งให้ผลออกมาเป็นระดับเชาวน์ปัญญา (I.Q.ย่อมาจาก Intelligence Quotient) คนปกติ I.Q. อยู่ระหว่าง 85-115

### อุปสรรค

คนปัญญาอ่อนพบประมาณร้อยละ 3 ประชากรทั่วไป ประมาณร้อยละ 90 เป็นขนาดน้อย ซึ่งยังคงดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ ส่วนอีกร้อยละ 10 เป็นมาก I.Q.ต่ำกว่า 50



## สาเหตุ

สาเหตุของปัญญาอ่อนมีดังต่อไปนี้

1. ประวัติครอบครัว ประวัติครอบครัวต่อไปนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคปัญญาอ่อน
  - ก. มียีนผิดปกติ
  - ข. มีพี่น้องปัญญาอ่อน
  - ค. บิดาและมารดามาจากครอบครัวเดียวกัน
  - ง. ครอบครัวมีปัญหาทางด้านจิตใจมาก
  - จ. ครอบครัวมีฐานะยากจน
2. มารดาเป็นโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต โรคของต่อมไทรอยด์ หรือได้รับการรักษาโดยการฉายแสงเอกซเรย์
3. ประวัติการตั้งครรภ์มีความผิดปกติ เช่น มีอาการ toxemia ทารกมีขนาดผิดปกติและเป็นหัตเยอรัมน ในช่วง 3 เดือนแรก
4. อายุมารดา มากกว่า 38 ปี หรือน้อยกว่า 18 ปี
5. การคลอดผิดปกติ เช่น คลอดก่อนกำหนด และการคลอดที่ใช้เวลานานหรือซับซ้อน
6. ทารกมีความผิดปกติ เช่น ตัวเหลือง ขาดออกซิเจน เป็นโรคติดเชื้อ มีอาการชัก และมีความพิการมาแต่กำเนิด

ตารางแสดงระดับต่างๆของปัญญาอ่อน

ระดับปัญญา	ความสามารถ
ขนาดคาบเส้น	I.Q. 70-84
ขนาดน้อย	I.Q. 55-69 พบร้อยละ 85 ของผู้ป่วยปัญญาอ่อนเรียนได้ถึงระดับ ป.6 ถ้าได้รับการฝึกฝนสามารถเลี้ยงตนเองได้
ขนาดปานกลาง	I.Q. 40-54 พบร้อยละ 10 ของทั้งหมดเรียนได้ถึงระดับ ป.2 สามารถฝึกฝนให้ช่วยตนเองและทำงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมได้
ขนาดหนัก	I.Q. 25-39 การศึกษา การฝึกฝนและช่วยตัวเองได้เท่าเด็กอายุ 6 ปี ต้องการการดูแลใกล้ชิด
ขนาดหนักมาก	I.Q. 0-24 พบน้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้ป่วยปัญญาอ่อน ไม่สามารถรับการฝึกฝนหรือช่วยตัวเองได้ ต้องมีผู้ปกครองดูแล

- แนวทางการดูแลรักษา

ผู้ที่มี I.Q. เกินกว่า 55 สามารถรับการศึกษาค้นคว้าให้อ่านออกเขียนได้อย่างง่ายดาย ผู้ป่วยบางรายในกลุ่มนี้ไม่สามารถรับการศึกษาค้นคว้าตามปกติได้ ควรให้เข้าศึกษาในโรงเรียนพิเศษสำหรับเด็กปัญญาอ่อนโดยเฉพาะ

ผู้ที่มี I.Q. ต่ำกว่า 50 จะไม่สามารถเรียนในโรงเรียนปกติได้ แต่สมควรได้รับการช่วยเหลือในด้านการฝึกอาชีพ บางคนอาจมีความสามารถทำงานช่วยเหลือตนเองได้

ผู้ที่มีปัญญาอ่อนขนาดหนัก I.Q. ระหว่าง 25-39 ถ้าได้รับการฝึกอบรมในทางที่ถูกต้องจะสามารถทำงานภายใต้ความดูแลที่เหมาะสมได้

สำหรับผู้ที่มีปัญญาอ่อนระดับ I.Q. ต่ำกว่า 25 ซึ่งมีจำนวนน้อย จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและอาจต้องอยู่ในสถานพิเศษ เช่น โรงพยาบาลปัญญาอ่อน

ผู้ป่วยปัญญาอ่อนจะมีพัฒนาการที่ดีได้ถ้าได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น การศึกษาและมีอาชีพ การงานที่เหมาะสม พ่อ แม่และญาติของผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือทางด้านจิตใจและด้านอื่นๆด้วย

### ความประพฤตินิดปกติ

คือลักษณะที่สำคัญของโรคนี้ คือ ผู้ป่วยมีความประพฤติฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ของสังคม แสดงออกโดยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำอันตรายต่อผู้อื่น หรือสัตว์ ทำลายทรัพย์สิน หลอกหลวง หรือลักขโมย และฝ่าฝืนกฎระเบียบอย่างร้ายแรง

### อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างมากในระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา และพบในเมืองมากกว่าในชนบท อุบัติการณ์ของโรคนี้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยพบประมาณร้อยละ 6-16 ของผู้ชายและร้อยละ 2-9 ของผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 18 ปี เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในคลินิกสุขภาพจิตของเด็กทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาล

### สาเหตุ

สาเหตุที่สำคัญของโรคนี้คือ

#### 1. พันธุกรรม

จากการศึกษาคู่แฝดและบุตรบุญธรรมโรคนี้มีสาเหตุจากทั้งพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมโยพบว่า

ก. เด็กที่บิดา มารดา แท้ๆ หรือบิดา มารดาบุญธรรม มีบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม หรือพี่น้องมีความประพฤตินิดปกติ มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้

ข. พบโรคนี้ในอัตราที่สูงกว่าปกติในเด็กซึ่งมีบิดา มารดา ติดสุราเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนหรือโรคจิตเภท หรือบิดา มารดามีประวัติเคยเป็นโรคชนสมาธิสั้น หรือความประพฤตินิดปกติ

## 2. ปัจจัยทางชีวภาพ

ที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่

### 2.1 ฮอโมนเพศ มีงานวิจัยที่สำคัญๆดังนี้

ก. เด็กชายที่มีระดับฮอโมน androstenedione สูงจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ข. เด็กชายที่มีระดับฮอโมน testosterone สูงจะมีความอดทนต่ำ หงุดหงิดง่าย และมีแนวโน้มสูงที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2 ชีวเคมีของสมอง จากผลงานวิจัยบ่งว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2.3 โรคของระบบประสาทพบว่าเด็กและวัยรุ่นซึ่งมีพฤติกรรมแบบเกราะจะมีความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งไม่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง เด็กที่เป็นโรคนี้จะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดช้ากว่าปกติและเมื่อมีปฏิกิริยาออกไปแล้วใช้เวลานานกว่าจะกลับคืนสู่ภาวะปกติ ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการเรียนรู้วิธีเอาตัวรอดจากอันตรายหรือการถูกลงโทษโดยเมื่อประสบภัยผู้ป่วยจะอยู่เฉยๆไม่หลีกเลี่ยง

## 3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ก. พฤติกรรมการเรียนรู้ เด็กเกร และ มีพฤติกรรมก้าวร้าว จะมีการเรียนรู้ที่แตกต่างจากเด็กซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชชนิดอื่น และเด็กปกติ โดยเด็กจะขาดวุฒิภาวะในการทำหน้าที่ ขาดการรู้ การเข้าใจอย่างมีเหตุผลและขาดเหตุผลทางด้านจริยธรรม

ข. ปัจจัยทางครอบครัว พบว่า บิดา มารดา ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชร่วมกับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ซึ่งขาดระเบียบ และบุคคลในบ้านไม่ทำหน้าที่ของตน เป็นสภาพที่พบได้บ่อยในเด็กที่เป็นโรคนี้ ปัจจัยเสี่ยงสูงที่ทำให้เด็กเป็นโรคนี้ คือ บิดามีบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม มีพฤติกรรมแบบ อาชญากร และติดสุรา

## 4. ปัจจัยทางด้านสังคม

พบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และถูกเพื่อนปฏิเสธการคบค้าสมาคมตั้งแต่อายุน้อย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เด็กมีพฤติกรรมเป็นเด็กเกร สภาพครอบครัวที่ยากจนและอยู่กันอย่างแออัด จะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงต่ออาการของเด็ก ความแตกต่างของวัฒนธรรมมีผลต่อการเป็นโรคนี้ด้วย เช่นในบางวัฒนธรรมยอมรับว่าการมีพฤติกรรมรุนแรงเป็นสิ่งถูกต้อง

### ● แนวทางการช่วยเหลือเด็กที่ทำผิดกฎหมายในประเทศไทย

ใน พ.ศ. 2499 ได้มีการใช้กฎหมายเกี่ยวกับการตั้งศาลเด็กและเยาวชน ในพ.ศ.2535 ได้มีกฎหมายฉบับใหม่เป็นพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว โดยตาม พ.ร.บ. 2535 ระบุว่าให้รวมเอาคดีครอบครัวเข้ามาอยู่ในอำนาจศาลเด็กด้วย และเปลี่ยนชื่อจาก "ศาลคดีเด็ก

และเยาวชน”มาเป็น”ศาลเด็กเยาวชนและครอบครัว” ในกฎหมายนี้มีมาตราหนึ่งระบุว่า ในการพิจารณาคดีเยาวชนและเยาวชนและครอบครัวต้องมีผู้พิพากษาสมทบอย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นสุภาพสตรี 1 ท่าน ตามเจตนารมณ์ที่ว่าสตรีเป็นเพศแม่ แม่เป็นผู้ให้การเลี้ยงดูใกล้ชิดบุตร ย่อมมีความรัก ทรนงค์ถึงปัญหาของเด็กและเยาวชนดี ทุกคดีจึงต้องมีผู้พิพากษาสมทบสตรีเป็นองค์คณะทุกคดี

ผู้พิพากษาสมทบจะอยู่ในวาระคราวละ 2 ปี เมื่อใกล้ครบวาระศาลจะเปิดรับสมัครผู้ที่สนใจทั่วไป โดยกำหนดคุณสมบัติพื้นฐาน 2 ประการ คือต้องเป็นบุคคลที่มีอายุ 30 ปีบริบูรณ์ และมีจิตใจรักเด็ก ภายหลังได้มีกำหนดเพิ่มเติมว่า การศึกษาขั้นต่ำสุดต้องจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และจะต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีพิจารณาในศาลเยาวชน ทั้งนี้ไม่จำเป็นว่าผู้สมัครจะต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเดียวกับศาล

คดีที่ขึ้นศาลในอันดับต้นๆ ส่วนใหญ่จะเป็นคดีเกี่ยวกับยาเสพติดโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ๆ เป็นคดียาบ้ามากที่สุด โดยเน้นหนักไปในทางที่มีไว้ในครอบครอง

ผู้พิพากษาสมทบนอกจากจะช่วยในการพิจารณาคดีแล้ว ยังมีส่วนสำคัญในการสงเคราะห์เด็กในเรื่องเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆ เพราะว่าก่อนที่จะมีการตัดสินคดี จะนำเด็กไปไว้ที่บ้านเมตตา ซึ่งเรียกเป็นทางการว่า “กองแรกรับ” ผู้พิพากษาสมทบจะเข้าไปเยี่ยมเยียนเด็ก อบรมบ่มนิสัย ปลูกฝัง และการให้ความรู้เกี่ยวกับศาสนา จัดกิจกรรมให้เด็กได้ผ่อนคลาย ความเครียด จัดหาเครื่องมือสำหรับการเรียนการสอน เมื่อตัดสินแล้วเด็กที่ออกจากบ้านเมตตาจะถูกส่งไปฝึกสอนอาชีพต่อที่บ้านกรรณา การฝึกอบรมจึงมุ่งไปที่การแก้ไขมากกว่าการลงโทษ อาชีพเสริมที่สอนเด็กเช่น เย็บปักถักร้อย และงานช่าง

หลังจากครบกำหนดในการพิจารณา ทางสถานฝึกก็จะปล่อยตัวเด็กให้เป็นอิสระภาพ กลับไปอยู่ในสังคมภายนอกตามเดิม แต่มีเงื่อนไขการดูแลความประพฤติ โดยมีเจ้าพนักงานดูแลความประพฤติ ถ้าเด็กปฏิบัติตามเงื่อนไขของศาลไม่หวนกลับไปกระทำความผิดอีก ก็สามารถใช้ชีวิตแบบเด็กปกติได้ รายใดที่ก่อคดีใหม่ก็จะถูกจำกัดเสรีภาพ แต่ถ้ารายใดทำผิดซ้ำซาก จะใช้วิธีการเข้มงวด โดยกำหนดโทษจำคุก หรือส่งไปสถานฝึกอบรม ซึ่งเฉลี่ยแล้วจะถูกส่งไปฝึกอบรมไม่เกิน 3 ปี เพราะกฎหมายให้อำนาจส่งเด็กไปฝึกอบรมจนกว่าเด็กจะอายุ 20 ปีบริบูรณ์

### • แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก

การป้องกันการเกิดปัญหาน่าจะดีที่สุดนั่นคือ การที่ครอบครัวมีความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจกัน ช่วยกันอบรมสั่งสอนลูกด้วยความรัก ความเอาใจใส่ โดยเฉพาะการเข้าใจพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัยให้มีการเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งช่วยส่งเสริม

เด็กให้มีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมรวมทั้งมีการสนับสนุนให้เด็กใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือช่วยเด็กเตือนแก้ไขตั้งแต่ต้นดีกว่าจะมาแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ

กรมสุขภาพจิตมุ่งเป้าหมายและทุ่มเทความพยายามในการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป โดยถ่ายทอดและสนับสนุนองค์ความรู้ วิชาการ เทคโนโลยีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในเรื่องต่างๆ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขได้มีความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจตลอดจนทักษะการปฏิบัติงาน และทัศนคติที่ดีต่องานสุขภาพจิต ทั้งนี้ได้ผลักดันให้เครือข่ายบริการสาธารณสุขในสังกัดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานบริการสุขภาพจิตผสมผสานเข้ากับงานบริการสุขภาพด้านต่างๆ ตามศักยภาพและระดับการให้บริการของสถานบริการนั้นๆ และได้ประสานกับสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการบูรณางานส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคในสถานีนามายและศูนย์สาธารณสุขชุมชนในระดับที่สามารถดำเนินการได้ไว้ด้วย อีกทั้งการมีเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตนอกระบบสาธารณสุขทั้งภาครัฐบาลและเอกชนเข้าร่วมดำเนินงาน

ตามแนวคิดหลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 เน้นการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลาง ในการสร้างศักยภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับคนเป็นอันดับแรก โดยส่งเสริมให้คนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้สนับสนุนและส่งเสริมให้คนในสังคม เก่ง ดี มีสุข เริ่มด้วยการสร้างครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยการให้ความรู้ฝึกอบรมแกนนำครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยเล็กที่สุดของชุมชน เพื่อเสริมสร้างให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กและเยาวชน และคนในสังคม ให้เกิดการเรียนรู้และพร้อมจะร่วมมือกัน เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในสังคม

-----

## บรรณานุกรม

นายแพทย์ปราชญ์ บุญยวงศิริโรจน์.2546.**สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545-2546**. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวรรณมา เรื่องกาญจนเศรษฐี,ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุลและกาญจนนา ตั้งนราวิชชกิจ.2544.**กุมารเวชปฏิบัติก้าวหน้า 3:จากการรักษาสู่การสร้างเสริมสุขภาพ**.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เม็ดทราย.

สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2538.**ภาวะนำรัฐทางประชากร** 2537.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล.2545.**ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ.โรงพิมพ์เรือนแก้ว .

<http://www.dailynews.co.th/col/col.asp?columnid=9266> . สืบค้น วันที่ 18 กันยายน 2549.