



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากความบกพร่องของการทำหน้าที่ของจิตใจและอารมณ์ (Functional psychosis) ที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคจิตทั้งหมด และพบได้ในทุกสังคมและทุกระดับวัฒนธรรม (สุวิทนา อารีพรรค, 2524) แสดงลักษณะโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ และขาดความเข้าใจสภาพความเป็นจริงต่าง ๆ อย่างมาก จนทำให้ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติ รวมทั้งทำให้การเอาใจใส่ตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสียไป

สาเหตุของโรคนี้อย่างไรยังไม่ทราบแน่นอน แต่สันนิษฐานว่าเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (สมภพ เรืองตระกูล, 2524) ในปัจจุบันเชื่อว่า กรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุสำคัญทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี สรีรวิทยาและจิตใจ ผู้ป่วยซึ่งมีกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เป็นโรคนี้ง่ายอยู่แล้ว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจะเกิดความผิดปกติของ catecholamine เมตาบอลิซึมทำให้มี hyperactivity ของ Dopamine การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรค

สถิติทั่วโลก โรคนี้อัตราป่วยระหว่างร้อยละ 0.2-1 ของประชากร (สุวิทนา อารีพรรค, 2524) มักเกิดกับคนวัยรุ่นหรือหนุ่มสาว ส่วนมากเป็นเรื้อรัง เมื่อเป็นโรคนี้อแล้วผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพให้เห็นได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2524) ผู้ชายและผู้หญิงเป็นเท่า ๆ กัน ประมาณร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นโรคนี้อ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะเศรษฐกิจสังคมต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะความยากจน การศึกษาน้อย และข้อเสียเปรียบอื่น ๆ ของคนจนทำให้เกิดความโน้มเอียงที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าหรือโรคนี้อมีผลทำให้ระบบเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยต่ำลง เนื่องจากความผิดปกติดังกล่าวไปรบกวนการศึกษา การทำงาน และการเงินที่ต้องใช้ในการรักษาอยู่เป็นประจำก็อาจเป็นไปได้ จากนั้นยังพบว่า โรคนี้อเกี่ยวข้องกับความกดดันทางอารมณ์อย่างรุนแรงด้วย

#### ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทต่อครอบครัว

ในการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวนั้น ไม่เพียงแต่จะมีผลกระทบต่อครอบครัวเท่านั้น ในทำนองเดียวกันครอบครัวเอง ก็มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเช่นเดียวกัน จากการศึกษาของ Hirsch และ Leff (1975) เพื่อชี้ว่า ครอบครัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทหรือไม่ และได้ข้อสรุปดังนี้



1. บิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภท จะไปรบกวนจิตใจผู้ป่วยมากกว่าบิดามารดาของเด็กปกติ และมารดาของผู้ป่วยจิตเภทมักจะแสดงลักษณะบุคลิกแบบ Schizoid
2. บิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภทแสดงความห่วงใย และขัดแย้ง มากกว่าบิดามารดาของผู้ป่วยโรค จิตอื่น ๆ
3. เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenic Child) มักทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางกายหรือกายไร้สมรรถภาพ ในช่วงเริ่มต้นของชีวิต มากกว่าเด็กปกติ
4. มารดาของเด็กที่เป็นโรคจิตเภท แสดงความเป็นห่วงและความปกป้องมากกว่ามารดาของเด็กปกติ เมื่อป่วยแล้วก็จะพบว่า ในครอบครัวจะมีการวิพากษ์วิจารณ์ในตัวผู้ป่วยมากขึ้นหรือไม่ก็แสดงความกังวลห่วงใยมากเกินไป ดูแลไม่คลาดสายตา และแสดงความวิตกกังวลมากซึ่งถ้าผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวแบบนี้ (highly critical or overinvolved relatives) จะทำให้อัตราการป่วยซ้ำสูงขึ้น

อาจอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะนิสัยของบิดามารดาและโรคจิตเภทได้ 2 ลักษณะคือ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (genetics factors) และปฏิกริยาที่ผิดปกติของบิดามารดาต่อบุตรตามทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ (Structural and Functional Theory) ถือว่าสังคมส่วนรวมเป็นระบบหนึ่งซึ่งประกอบด้วยส่วนหรือระบบต่าง ๆ ที่ยึดเหนี่ยวและมีความสัมพันธ์กัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในส่วนหนึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ด้วย (สุพิตรา สุภาพ, 2522)

ตามทฤษฎีนี้สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวก็คือ ส่วนหนึ่ง หรือระบบหนึ่งของครอบครัวนั่นเอง เพราะฉะนั้นเมื่อมีคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคทางจิต โดยเฉพาะ "จิตเภท" ซึ่งมีความผิดปกติของความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Peception) และ พฤติกรรม (Behavior) ย่อมจะเกิดผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมไปด้วย (สมภาพ เรื่องตระกูล และแสงจันทร์ วุฒิกานนท์, 2523)

Goldman (1982) ได้ประมาณจำนวนผู้ป่วยในของโรคจิตเรื้อรังที่ได้จำหน่ายกลับไปหาครอบครัว มีจำนวนถึง 250,000 คนต่อปี ซึ่งก่อให้เกิดภาระอันหนักหน่วง ครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดอันเกิดจากอาการของผู้ป่วย (Bernheim, 1982; Hatfield, 1979) เช่นผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดคนเดียวกว้างถนน ตำรวจเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว ฆ่าตัวตายทำร้ายผู้อื่น ไม่เข้าสังคม นอนมาก นอกจากนี้ญาติมักจะรู้สึกลำบากใจ ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนป่วย ไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่ยอมกินยา เป็นต้น (Runion and Prudo, 1983)

ในประเทศไทย สัน สุวรรณเลิศ และลัดดาวัลย์ ขวัญสง (2520) พบว่า ญาติของผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่มีปัญหาต่างกัน กล่าวคือ ญาติของผู้ป่วยเก่าจะรู้สึกเดือดร้อนจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ดุร้าย ระวัง ขัดแย้งในครอบครัว เรื้อรัง หรือมีพฤติกรรมทางเพศ ส่วนผู้ป่วยใหม่มักทำให้ญาติเดือดร้อนจากเรื่องดุร้าย ระวัง หนีออกจากบ้าน ฆ่าตัวตาย และทำให้ญาติอับอาย เป็นต้น



จากการศึกษาของ จารุวรรณ ด. สกุล (2524) การมีผู้ป่วยโรคจิตเภทในบ้านทำให้เกิดผลกับครอบครัว คือ ญาติ ร้อยละ 57.58 รู้สึกว่าเป็นภาระ ร้อยละ 33.33 บอกว่ามีผลกระทบด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว ร้อยละ 33.33 บอกว่ามีผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และร้อยละ 27.27 บอกว่า มีผลกระทบด้านการทำงาน

การที่ญาติได้รับความเดือดร้อน ย่อมทำให้ญาติเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ต่าง ๆ เช่น อาจเกิดการปฏิเสธไม่ยอมรับว่าตนมีปัญหา (denial) เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (depression) โกรธ (anger) วิตกกังวล (anxiety) หรือมีการคาดหวังจากผู้ป่วยสูงเกินไป (unrealistic expectation) บางครั้งเกิดความรู้สึกตึงเครียดตลอดเวลา คอยเฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด ญาติบางคนรู้สึกว่าตนผิด คิดว่าตนมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคนี้ ญาติหลายครอบครัวมีความรู้สึกเครียดถึงขนาดที่ต้องการใครสักคนที่จะพูดคุยด้วย เพื่อจะได้รับรู้ความรู้สึกและปัญหาซึ่งกันและกัน (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531)

#### ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทต่อสังคม

ในสมัยก่อนผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทแล้วโอกาสที่จะหายเป็นปกติมีน้อย แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการรักษาทั้งด้วยยาและวิธีการอื่น ๆ ทำให้โอกาสหายมีมากขึ้น แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นใหม่อีกก็มีมากเช่นกัน ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ เช่น การรักษา สภาพแวดล้อมในครอบครัวของผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยที่ป่วยหลาย ๆ ครั้งและป่วยเป็นเวลานาน ๆ ความผิดปกติของบุคลิกภาพจะมากยิ่งขึ้น จนเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงานหรือเป็นภาระต่อญาติพี่น้องอย่างมาก เพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำงานช่วยตัวเองได้ ครอบครัวที่ไม่สามารถหรือไม่ต้องการรับภาระเลี้ยงดูผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ มักจะทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ในโรงพยาบาลตลอดไปจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่ค้างในโรงพยาบาลจำนวนมาก จากสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา (2532) มีผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 10 ปี ขึ้นไป เป็นจำนวน 50% ผู้ป่วยเหล่านี้น่าจะเป็นภาระของรัฐในการที่จะจัดหาสถานที่ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นสถานสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคจิตทุเลา บ้านกึ่งวิถีหรือหมู่บ้านพักฟื้น เพื่อรองรับผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ปัญหาความขาดแคลนสถานสงเคราะห์สำหรับผู้ป่วยโรคจิต ยังไม่ได้รับความสนใจจากรัฐเท่าที่ควร

ผู้ป่วยโรคจิตนั้นไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะตัวเองดังเช่น ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายอื่น ๆ แต่อาจก่อปัญหาให้กับสังคมได้ในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง เช่น วางเพลิง ลักขโมย หรือก่ออาชญากรรม เมื่อทั้งครอบครัวผู้ป่วยและรัฐไม่สามารถรับภาระเลี้ยงดูผู้ป่วยเรื้อรัง ปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังจึงตกเป็นภาระของโรงพยาบาลโดยไม่มีทางเลือกเลี้ยง การมีผู้ป่วยเรื้อรังตกค้างอยู่ในโรงพยาบาลจำนวนมากเช่นนี้ ทำให้โรงพยาบาลต้องสิ้นเปลืองทั้งกำลังและงบประมาณในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนไม่น้อย ถ้าพิจารณาเฉพาะค่ายาของผู้ป่วยในซึ่งตกรายละเอียดประมาณ 1,561.24 บาท/ปี (รพ.ศรีธัญญา, 2529) จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภท ของปี 2529



จำนวน 5,989 ราย ถ้าคิดเฉพาะค่ารักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นก็จะเป็นจำนวนเงินถึงปีละประมาณเกือบ 10 ล้านบาท ซึ่งเป็นงบประมาณที่สูญหายไปโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนน้อยมาก เพราะผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ไม่สามารถสร้างสรรประโยชน์ หรือผลิตผลให้ทั้งตนเองและสังคมได้เป็นส่วนใหญ่ และทางด้านบุคลากรในทีมจิตเวชก็มีจำนวนน้อยไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด

ธำรง ทศนาญชลี (2527) ได้ศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉพาะค่าเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาจิตวิทยาสังคม และปัญหาทางกาย ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปรากฏว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิตประเภทผู้ป่วยนอก 121.42 บาทต่อครั้ง และประเภทผู้ป่วยใน 9.97 บาทต่อคนต่อวัน

พเยาว์ หวานสนิท (2512) ได้ศึกษาเรื่อง "ปัญหาสังคมบางประการที่ทำให้คนไข้อยู่บ้านไม่ได้ ญาติต้องส่งเข้าโรงพยาบาลอีก" โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่รับไว้ครั้งที่สอง จำนวน 100 ราย เลือกศึกษาผู้ป่วยชายของโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า สาเหตุส่วนหนึ่งที่ญาติต้องนำคนไข้ส่งโรงพยาบาลอีก เนื่องมาจากทำความหวาดกลัวให้แก่เพื่อนบ้าน เพราะเป็นภัยแก่สังคมร้อยละ 24 และนำความเดือดร้อน หนักใจให้แก่คนในครอบครัวร้อยละ 21

ค่าความสูญเสียจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในสหรัฐอเมริกาเสียค่าใช้จ่าย 10-20 ล้านเหรียญต่อปีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 2/3 ของค่าใช้จ่ายเนื่องจากการขาดรายได้และผลผลิตที่ควรจะได้จากพลเมืองที่ป่วย ส่วนมากเป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่กำลังมีความสามารถด้านการผลิตและความคิดสร้างสรรค์ รวมทั้งค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้ป่วยเมื่อกลับไปสู่ชุมชน 1/3 ของค่าใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาล (สุรางค์ เลิศคชาธาร, 2533)

#### ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท

จากจุดเริ่มต้นของการเจ็บป่วยทางจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกไม่สบาย บางครั้งอาจจะควบคุมความคิดในจิตสำนึกของตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกสับสนขึ้นในใจของตนเองและเริ่มจะทำลายภาวะปกติหรือความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ซึ่งผู้ป่วยจะพยายามต่อสู้กับความรู้สึกเหล่านี้ และจะพยายามคงสภาพที่สมดุลไว้ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดมาก (Alan, 1986)

ผู้ป่วยมักจะมีอาการร้อนซึ่งเป็นผลจากอาการของโรค อาการของโรคจิตเภทนั้นมีทั้งอาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) ซึ่งโรคนี้มักเริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุยังน้อย (American Psychiatric Association, 1980) และมักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง (wing, 1985)

อาการทางบวกได้แก่ ความหลงผิด อาการประสาทหลอน การเคลื่อนไหวที่ไม่มีจุด



มุ่งหมาย ง่าย ๆ ส่วนอาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์แบบที่อ เจยซาไม่สอดคล้องกับความคิดเรื่องที่ กำลังพูดกัน ขาดกำลังใจและแรงจูงใจ การแยกตัวจากสังคมและกิจกรรมต่าง ๆ ขาดความสนใจ อนามัยและความสะอาดของร่างกาย ขาดจดจ่อการแต่งตัวและอาจไม่สนใจสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ด้วย มีความคิดที่ขาดเหตุผลหรือมีความเพ้อฝัน ซึ่งคลุมเครือ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือไม่เป็น ความจริงซึ่งถ้าเป็นมาก ๆ เขามักจะอยู่ตามลำพังไม่ติดต่อสมาคมกับใคร

A.D.E. Jong (1985) ศึกษาพบว่าความบกพร่องทางสังคมที่พบได้บ่อยที่สุด คือ บทบาท ในการทำงาน การมีความสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามและการติดต่อกับสังคม ที่พบน้อยที่สุดคือ การดูแลตัวเอง

Creer และ Wing (1974) ได้สำรวจจากสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามากกว่า ร้อยละ 70 เห็นว่าปัญหาของผู้ป่วยที่พบบ่อยที่สุดคือ การแยกตัวออกจากสังคม รองลงมาคือ เจื้อย ซาขาดแรงกระตุ้น และไม่สมาคมกับใคร 1 ใน 4 ของญาติมีปัญหว่าถูกคุกคามด้วยพฤติกรรมที่ รุนแรงก็คือ ปัญหาพฤติกรรมผิดปกติทางเพศ หรือการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้ค่อนข้างน้อย 1 ใน 3 พบว่ามีปัญหาจากการซึมเศร้าของผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยจิตเภทถือว่า เป็นทรัพยากรบุคคล (Spaniol, Jung, Zipple, and Fitzgerald, 1987) และสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนถึงสิ่งแวดล้อมก็มีความสำคัญมาก ไม่เพียง เพราะจะต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาเท่านั้น แต่ก็พบว่าถึงแม้ว่าจะไม่มีสมาชิกในครอบครัว เป็นโรคจิตเภทก็จะมีอารมณ์ที่ตึงเครียดเพราะต้องมีปฏิสัมพันธ์ในชีวิตครอบครัวที่มีความ สัมพันธ์ในครอบครัวดี มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยดีกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทาง อารมณ์มาก, สัมพันธ์ภาพเป็นแบบพายุ (stormy home relationship) พบว่ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง สมโภชน์ สุขวัฒนา (2532) กล่าวว่า มีการศึกษาขององค์การอนามัยโลกเปรียบเทียบผลลัพธ์ของ โรคจิตเภทปรากฏว่าผลของตะวันออกดีกว่าตะวันตก อธิบายว่าครอบครัวเข้ามามีบทบาทมาก ลักษณะครอบครัวขยาย ความผูกพันในครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างคนในครอบ ครัวกับผู้ป่วยทำให้ผลลัพธ์ออกมาดี และพบว่า ครอบครัวที่เกี่ยวข้องติดตามการรักษา และใช้จ่าย สม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ระดับหนึ่ง

Leff (1986) ทำการศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าครอบ ครัวที่มีการแสดงอารมณ์ กล่าวคือเตียน วิพากษ์วิจารณ์มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยมีความยุ่งยากใน การปรับตัว แต่ก็ยังมีครอบครัวจำนวนหนึ่งที่มีสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ ครอบ ครัวที่มีความเข้าใจในลักษณะของโรคจิตเภทและวิธีที่จะแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รบกวน จาก การศึกษาของ Leff ได้เสนอแนะว่า วิธีหนึ่งที่จะช่วยเหลือนญาติให้เข้าใจลักษณะของโรค คือ ผู้ป่วย กับลักษณะของโรคการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญมาก จะ ช่วยให้อาตีมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความอดทน และเข้าใจผู้ป่วย มากขึ้น ความรู้สึกต่าง ๆ ต่อผู้ป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ต่าง ๆ จะน้อยลง ซึ่งจะเป็นผล



เป็นผลต่อการดูแลผู้ป่วย และให้ความร่วมมือกับบุคลากรผู้รักษาดีขึ้น ทำให้การรักษาผู้ป่วยจิตเภท  
ได้ดี

จากข้อสันนิษฐานที่ว่า สาเหตุของโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทแสดงให้เห็นถึงความ  
บกพร่องทางด้านจิตใจนั้น มักจะมีความเสี่ยงต่อสิ่งเร้าและภายนอกเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจะมี  
อาการกำเริบขึ้นได้ถ้ามีการกระตุ้น และมีสิ่งแวดล้อมของบ้านที่ไม่เหมาะสม ครอบครัวจึงมีส่วน  
สำคัญไม่เพียงเพราะว่าต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ด้วยเหตุผลที่ว่า ตัวครอบครัว  
เองนั้นก็มีการมั่งคั่งเครียดในตัวอยู่แล้ว เมื่อมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ก็ยิ่งทำให้มีความเครียด  
เพิ่มขึ้น ซึ่งจะแสดงออกในความรู้สึกของความรักกังวล (Hatfield, 1978) ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาที่ญาติ  
มีความวิตกกังวลจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย และการดำเนินของโรค จากการศึกษาทบทวนก็พบว่า  
การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ญาติจะเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองลดความวิตกกังวลและลด  
อัตราการกลับเป็นซ้ำ ที่ยังเป็นความต้องการของญาติ ตลอดจนช่วยส่งเสริมให้การรักษาได้ผลดียิ่ง  
ขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและต้องการศึกษาถึงผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท  
ว่าจะมีผลในการลดความวิตกกังวลของญาติหรือไม่

#### สมมติฐานของการวิจัย

กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจะมีระดับความวิตกกังวลลดลง  
เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม

#### ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาเฉพาะญาติผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยเคยมารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยในโรง  
พยาบาลศรีรัษฎา ระหว่าง 1 มกราคม 2534-30 มิถุนายน 2534

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา  
แบบกลุ่มกับญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม

#### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มุ่งศึกษาเปรียบเทียบผลความแตกต่างของ  
ความวิตกกังวลในกลุ่มญาติที่ได้เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มญาติที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม โดย  
ประเมินด้วยแบบความรู้สึกวิตกกังวลของสไปล์เบอร์เจอร์ ก่อนทำกลุ่มและหลังทำกลุ่ม



2. การศึกษากระทำกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยเคยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2534-30 มิถุนายน 2534 ซึ่งกลุ่มทดลองต้องมาเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง ซึ่งอาจพบปัญหาว่าญาติมีกิจกรรมทำให้ไม่สามารถเข้ากลุ่มได้ครบตามจำนวนครั้ง แต่ก็มีมาตรการหลายอย่าง เช่น อธิบายวัตถุประสงค์ของการทดลองอย่างชัดเจนที่สุด มีค่าตอบแทนสำหรับผู้มาเข้ากลุ่มทุกครั้ง และพยายามติดต่อกับญาติก่อนกำหนดนัดจะส่งไปรษณีย์บัตรเป็นการเตือน

3. ประชากรที่ศึกษาจะเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มที่ศึกษาเท่านั้น ไม่สามารถเป็นตัวแทนของญาติผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดได้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการเผยแพร่ความรู้ให้แก่ญาติผู้ป่วย และประชาชนผู้สนใจทั่วไปได้เข้าใจถึงสภาพจิตใจ ความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและธรรมชาติของโรค เพื่อการยอมรับ เข้าใจ อัดทนต่อผู้ป่วย จะได้ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ทำให้ผลการรักษาของแพทย์ดียิ่งขึ้น

2. เป็นการศึกษาของรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ เป็นการประหยัดเวลา งบประมาณ และบุคลากรซึ่งบุคลากรอื่นนอกจากแพทย์ก็สามารถที่จะให้สุขภาพจิตศึกษาได้ เช่น นักสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และพยาบาล เป็นต้น

3. เมื่อญาติมีความวิตกกังวลลดลงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ทำให้ย่นระยะเวลาการเจ็บป่วยให้น้อยลง สามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น อัตราการป่วยซ้ำลดลง

### ความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัย

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการของโรคจิตที่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความนึกคิด อารมณ์ และบุคลิกภาพ ความผิดปกติ พบว่า มีแนวโน้มที่จะหันออกไปจากโลกแห่งความเป็นจริง โดยมีความคิดที่ผิดปกติขึ้นมาโดยไม่คาดฝัน มีอารมณ์แปรปรวนไม่ผสมผสานกับความนึกคิด และบุคลิกภาพ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น ที่จิตแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม DSM - III R ซึ่งเป็นผู้ป่วยในที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือน

ญาติผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุดของผู้ป่วย และสามารถทราบรายละเอียดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลาที่ป่วยและดูแลรับผิดชอบในการรักษาผู้ป่วย



สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เช่น สาเหตุการดำเนินโรค วิธีการรักษา การพยากรณ์โรค รวมทั้งบริการต่าง ๆ ตลอดจนแนวทางการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและการปรับเปลี่ยนเจตคติของญาติ

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่นไม่เป็นสุข ไม่สบาย อึดอัด ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลรับรู้สาเหตุการณ์หรือบางสิ่งบางอย่างในสิ่งแวดล้อม อาจมีผลต่อความต้องการทางความคาดหวัง หรือค่านิยมของตนเอง หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดจากมีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงของตนเอง ความรู้สึกดังกล่าวมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี สรีรวิทยา พฤติกรรมความคิด และความจำ



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย