

รายการอ้างอิง



ภาษาไทย

- กัญจน์ พัตติยะ. 2530. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล และการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกผ่าตัดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขนิษฐา นาคะ. 2534. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานแผนงานและสถิติ. 2529. รายงานแยกโรคผู้ป่วยในรวมเพศชาย เพศหญิง ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลนนทบุรี : โรงพยาบาลศิริสัญญา. (รายงาน)
- จารุวรรณ ด. สกุล. 2524. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ฉวี เบาทรวง. 2526. ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในขณะคลอด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่แลตเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวี มากพุ่ม. 2530. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ สิทธิเวช. 2520. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้องกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สุตะบุตร. 2524. มโนทัศน์สำคัญทางการพยาบาลจิตเวช : ความวิตกกังวล. ในประมวลรายงานการประชุมวิชาการพยาบาลจิตเวช ครั้งที่ 2. คณะกรรมการชมรมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย.

- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี และคณะ. 2530. การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท : การจัดกลุ่มญาติ. รายงานในการประชุมวิชาการประจำปี 2530 ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : 25-26 มิถุนายน 2530.
- _____ . 2531. การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 3 : 100.
- ชมชื่น สมประเสริฐ. 2526. ผลของการทำสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัสสนี นุชประยูร, เดิมศรี ชำนิจารกิจ. 2533. การวิจัยชุมชนทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธำรง ทศนาญชลี. 2527. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 29 : 35.
- บุญดี เพชรรัตน์. 2532. ปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ปิยวรรณ วิรัชชัย. 2525. ความวิตกกังวล. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเรื่องการผสมผสานการพยาบาลชีว-จิตสังคม. ในวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 17-19 พฤษภาคม, 2525.
- ประสพสุข อินทรักษา. 2534. ความวิตกกังวลและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพยาวี หวานสนิท. 2512. ปัญหาสังคมบางประการที่ทำให้คนไข้อยู่บ้านไม่ได้ญาติต้องส่งเข้าโรงพยาบาลอีก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 14 : 103.
- พิกุล ดันดิธรรม. 2533. ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. 2529. รายงานสถิติ รพ.ศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2528. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา.

- เลอสรร พุ่มชูศรี. 2531. โรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- วรภช นิธิกุล. 2535. การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงัน สุวรรณเลิศ และลัดดาวัลย์ ขวัญสง. 2520. บทบาทของญาติต่อการผสมผสานงานสุขภาพจิต. รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิต กรมการแพทย์ ครั้งที่ 30 ณ โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่, 14-19 กุมภาพันธ์ 2520.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2524. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- _____ . 2528. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : หจก.ภาพพิมพ์.
- _____ และแสงจันทร์ วุฒิกานนท์, ม.ล. 2523. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- สมโภชน์ สุขวัฒนา. 2532. การอภิปรายปัญหาผู้ป่วยครั้งที่ 1/2532. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 1 : 342.
- สมศร เชื้อหิรัญ. 2528. สภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยและการประเมิน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- สุพัตรา สุภาพ. 2522. สังคมวิทยา. แก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ เลิศชาธาร. 2533. โรคจิตเภท. จุลสารโรงพยาบาลนิติจิตเวช 4 (สิงหาคม 2533) : 6-13.
- สุรีย์ เทพศุภรังษิกุล. 2532. ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาศิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรีย์พร มาลา. 2534. ความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ ดันติพัฒนานนท์. 2522. การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.

สุวัฒนา อารีพรพรค. 2524. ความผิดปกติทางจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Alan S. Bellack. 1984. Schizophrenia Treatment, Management, and Rehabilitation : Grune and Stratton, Inc Orlando, FL 32887.

American psychiatric Association, Task Force on Nomenclature and Statistics. 1980. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Washinton DC : American Psychiatric Association.

Anastasi, A. 1982. Psychological Testing. 3th ed. New York : Mc Million Publishing Co., Inc.

Anderson, C.M., Hogarty, G.E., and Reiss, D>J. 1980. Family treatment of adult schizophrenic patients : A psychoeducational approach. Schizophrenic Bulletin 3 : 490-505.

Andreasen, N.C. 1982. Negative symptoms in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 39 : 784-788.

Arey, S. and Warheit, G.J. 1980. Psychological costs of living with psychiatrically disturbed family members. In L. Robins, P. Clayton and J.K. Wing (Eds.), The Social consequences of psychiatric illness. New York : Brunner/Mazel.

Arieti, S. 1981. The family of the schizophrenia and its participation in the therapeutic task. In : Arieti S, Keith M, Brodie M, eds. American handbook of psychiatry, New York : Basic Book Inc.

Baker, A.F. 1989. Living with a Chronically Ill Schizophrenia can Place Great Stress on Individual Family Members and the Family Unit : How Family Cope. Journal of Psychosocial Nursing 27 (January 1989) : 31-36.

Brown, G.W. and Birley, J.L.T. 1966. Crisis and life change and the onset of Schizophrenia. Journal of Health and Social Behavior 9 : 203-214.

- Bernheim, K.F. 1982. Supportive family counseling. Schiz Bull 8 : 634-640.
- Chulalongkorn Hospital. 1982-1986. Statistical Report. Bangkok : Thai Red Cross.
- Creer, C. and Wing, J. 1974. Schizophrenia at home. London : Institute of Psychiatry.
- _____. 1978. Social work with patients and thier families. In J.K. Wing (Ed.), Schizophrenia : Toward a new synthesis. London : Academic Press.
- Freud, Sigmund. 1978. A General Introduction to Psychoanalysis. New York : Liveright-Publishing Corperation, quoted in Rouhani, Gaeme C. "Understanding Anxiety". Nursing Mirror (March 1978):25
- Goldman, H. 1982. Mental illness and family burden : A public health perspective. Hosp Com Psychiatry 33 : 557-560.
- Goldstein, M. 1981. New developments in intervention with families of schizophrenics. San Francisco : Jossey-Bass.
- Graves and Thompson. 1978. "Anxiety : A Mental Health Vital Sign". In Clinical Practice in Psychosocial Nursing Assessment and Intervention. New York : Longo, Dianne C. and William, Reg Arthur.
- Hatfield, A.B. 1978. Psychological costs of Schizophrenia to the family. Social Work 5 : 355-359.
- Hatfield, A.B. 1979. Help-seeking behavior in families of schizophrenics. Am J Community Psychology 7 : 563-568.
- Hirsch, S.R. and Leff, J.P. 1975. Abnormalities parents of schizophrenics : a review of the I literature and an investigation of communication aspects and deviances. Oxford University Press, London.
- Holden, D.F., and Lewine, R.R. 1982. How family eveluate mental health professionals, resources and effects of treatment. Schiz Bull 8 : 626-635.
- Ira A. Abramowitz and Robert D. Coursey, 1989. Impact of an Educational Support Group on Family Participants Who Take Care of Their Schizophrenic Relatives. Journal of Consulting andClinical Psychology 2 : 232-236.

- Jody D. Iodice and John S. Wordarski. 1987. Aftercare Treatment for Schizophrenics Living at Home. Social Work, (March-April 1987) : 122-128.
- Leff, J.P., and Vaughn, C. 1981. The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia : a two-year follow up. Br J Psychiatry 139 : 102-104.
- Lefley, H.P. 1987. Aging parents as Caregivers of Mentally Ill Adult Children : An Emerging Social Problem. Hospital and Community Psychiatry 38 : 1063-1070.
- Liz Kuiper. 1986 Relatives as a resource in the management of functional illness. Brit J Psychiat 147: 465 - 470
- Luckman, Joan, and Sorensen, Karen Creason. 1974. Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. Philadelphia : S.R. Saunders Co.
- Manfreda, Marguerite Lucy. 1968. Psychiatric Nursing. 8th ed. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Mareness, Dorothy A. 1982. Essentials of Psychiatric Nursing. 11th ed. St. Louis : The C.V. Mosby Co.
- May, R. 1950. The Meaning Anxiety. New York : The Ronald Press Co.
- Murray, R.B., and Huelskoetter, M.M.W. 1987. Psychiatric Mental Health Nursing : Giving Emotional Care. 2nd ed. Norwalk, Connecticut/ Los Altos, California : Appleton and Lange.
- Morgan, C.T., et al 1986. Introduction to Psychology. 7th ed. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Runion, J., and Prudo, R. 1983. Problem behaviors encountered by families living with a schizophrenic member. Can J Psychiatry 28 : 382-386.
- Spaniol, L., Jung, H., Zipple, A.M., and Fitzgerald, S. 1987. Families as a resource in the rehabilitation of the severely psychiatrically disabled. In A.B. Hatfield and H.H. Lefly (Eds.). Families of the mentally ill. New York : Guilford Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., and Lushene, R.E. 1970. The State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

_____, Marvin Zuckerman. 1976. Emotion and Anxiety : New concepts, methods, and applications. Hilldale, New Jersey : Halsted Press.

Stuart, G.W. and Sundeen, S.I. 1983. Principle and Practice of Psychiatric Nursing. 2nd ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Co.

Taylor, C.M. 1986. Merenss Essentials of Psychiatric Nursing. 12nd ed. St. Louis : The C.V. Mosby Company.

Wing, J.K. 1985. Relapse in Schizophrenia. Br Med J 291 : 1219-1220.

Yarrow, M., Clausen, J., and Robbling, P. 1955. The Social Meaning of Mental Illness. Journal of Social Issues 11 : 33-48.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติ

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพการสมรส
 () โสด () คู่ () หม้าย, หย่าร้าง
4. เชื้อชาติ
 () ไทย () จีน () อื่น ๆ
5. ศาสนา
 () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () ฮินดู
6. ระดับการศึกษา
 () จบ ป. 7 () จบมัธยมศึกษาตอนปลาย
 () จบมัธยมศึกษาตอนต้น () สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย
7. อาชีพ
 () เกษตรกรรม () รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ
 () รับจ้าง () ทำงานเอกชน
 () ค้าขาย () ไม่มีอาชีพ () อื่น ๆ
8. ฐานะเศรษฐกิจ (รายได้ต่อเดือน)
 () ไม่เกิน 2,000 บาท () 4,001-6,000 บาท
 () 2,001-4,000 บาท () 6,001-8,000 บาท
 () มากกว่า 8,000 บาท
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 () บิดา () คู่สมรส () ลูก
 () มารดา () พี่น้อง () ญาติ
10. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย
 () น้อยกว่า 6 เดือน () 1 ปี-1 1/2 ปี
 () 6 เดือน-1 ปี () 1 1/2 ปี-2 ปี

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวล (State Trait Anxiety Inventory)

คำชี้แจง แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลรวมทั้งหมดมี 40 ข้อ

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ และกรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แต่ละข้อของแบบสอบถามนี้ขอให้ท่านตอบคำถามเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ไม่รู้สึกเลย หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
รู้สึกบ้างเล็กน้อย หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย

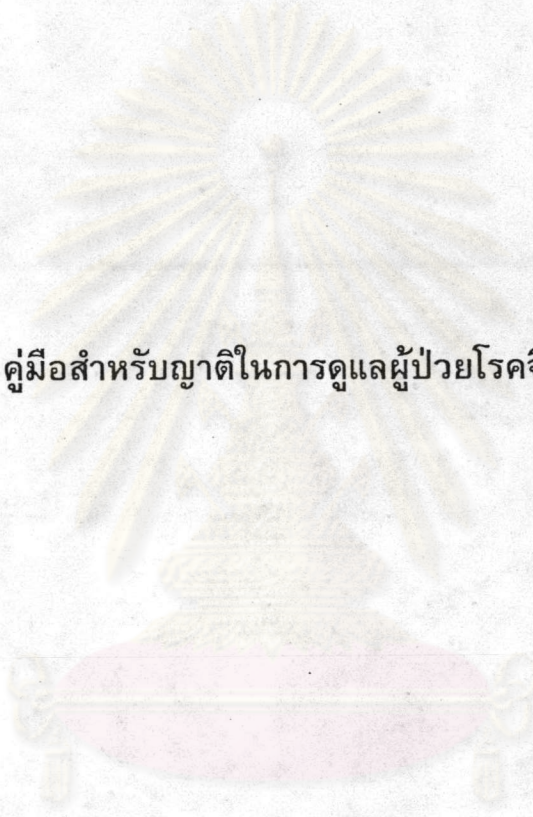
รู้สึกพอสมควร หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านพอสมควร
รู้สึกมากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

Form X-I

	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกบ้างเล็กน้อย	รู้สึกพอสมควร	รู้สึกมากที่สุด
1. ท่านรู้สึกสงบ				
2. ท่านรู้สึกมั่นคง				
3. ท่านรู้สึกดีใจ				
4. ท่านรู้สึกเสียใจ				
5. ท่านรู้สึกสบายใจ				
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
7. ท่านรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น				
8. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ท่านรู้สึกวิตกกังวล				
10. ท่านรู้สึกสะดวกสบาย				

	ไม่รู้สึก เลย	รู้สึกบ้าง เล็กน้อย	รู้สึกพอ สมควร	รู้สึกมาก ที่สุด
11. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ท่านรู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ท่านรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจ				
17. ท่านรู้สึกกังวลใจ				
18. ท่านรู้สึกตื่นตระหนก				
19. ท่านรู้สึกร่าเริงเบิกบาน				
20. ท่านรู้สึกแจ่มใส				
21. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกแจ่มใส				
22. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกเหนื่อยง่าย				
23. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกอยากร้องไห้				
24. โดยทั่วไป ท่านอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น				
25. โดยทั่วไป ท่านมักพลาดโอกาสเพราะ ตัดสินใจช้าเกินไป				
26. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
27. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกสุขุมรอบคอบ				
28. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกว่าที่อุปสรรคมากมาย จนทำให้ท้อใจ				

	ไม่รู้สึก เลย	รู้สึกบ้าง เล็กน้อย	รู้สึกพอ สมควร	รู้สึกมาก ที่สุด
29. โดยทั่วไป ท่านมักกังวลเกินกว่าเหตุ				
30. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกเป็นสุข				
31. โดยทั่วไป ท่านมักถือทุกสิ่งทุกอย่างเป็นเรื่องจริงจัง				
32. โดยทั่วไป ท่านเป็นคนที่ขาดความมั่นใจในตนเอง				
33. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
34. โดยทั่วไป ท่านพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตและความยุ่งยาก				
35. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกเศร้าหม่นหมอง				
36. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกพึงพอใจ				
37. โดยทั่วไป ท่านถูกรบกวนโดยความคิดที่ไร้สาระ				
38. โดยทั่วไป ท่านมักฝังใจกับความผิดหวัง				
39. โดยทั่วไป ท่านเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
40. โดยทั่วไป ท่านมีความวุ่นวายใจและตึงเครียดเมื่อนึกถึงเรื่องเกี่ยวพันและสนใจอยู่				



คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

จิตเภท หมายถึงอะไร

จิตเภท เป็นโรคชนิดหนึ่งที่พบค่อนข้างมาก ก่อนอื่นควรจะมาทำความรู้จักกับ "โรคจิต" กันก่อน คำว่า โรคจิต นั้น อาจพูดให้เข้าใจง่ายขึ้นในภาษาชาวบ้าน ก็คือ "บ้า" หรือ "วิกลจริต" นั่นเอง โดยทั่วไปจะมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยจะมีบุคลิกหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก เช่น เคยรับประทานอาหารที่โต๊ะพร้อมหน้าญาติพี่น้องก็แยกไปรับประทานอาหารคนเดียวในห้องนอน พูดหรือแต่งกายคล้ายเด็กเล็ก ๆ ยกมือไหว้ไปทั่ว เกรี้ยวกราด ดุร้าย ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือหัวเราะคิกคักไม่มีเหตุผล เป็นต้น

2. ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง ได้แก่ มีความคิดที่ผิด ๆ หรือเรียกว่า หลงผิด เช่น ระแวงคนจะมาทำร้าย คิดว่าสิ่งที่คนอื่นคุยกันหรือเนื้อเรื่องในละครโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตน มีประสาทหลอน เช่น เห็นภาพหลอนว่ามีคนจะมาทำร้าย ได้ยินเสียงคนมาสั่งให้ทำนั้น ทำนี้ ได้ยินเสียงคนคุยกัน โดยไม่มีคนพูดกันจริง ๆ เป็นต้น

3. ผู้ป่วยไม่คิดและไม่ยอมรับว่าตนป่วย

สำหรับ "จิตเภท" นั้น เป็นโรคจิตชนิดที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ กล่าวคือ ยังรู้ว่าคนรอบข้างเป็นใคร เขาอยู่ที่ใด และรู้วันเวลาได้ดี นอกจากนั้นความจำของผู้ป่วยมักไม่บกพร่อง ลักษณะที่สำคัญอื่น ๆ ของจิตเภทคือ มักจะเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นพัก ๆ มักเริ่มเป็นครั้งแรกตอนอายุ 15-25 ปี เพศชายและหญิงมีโอกาสเป็นเท่า ๆ กัน และเมื่อรักษาแล้วก็มักไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้

ผู้ป่วยจิตเภทมีมากน้อยเพียงใด

ประมาณว่า ในประชากรทุก ๆ 1,000 คน จะมีผู้ป่วยโรคนี้อยู่ประมาณ 3 คน และในทุก ๆ ปีจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นประมาณ 20 คน ต่อประชากร 100,000 คน ถ้าจะประมาณคร่าว ๆ ในประเทศไทยซึ่งมีประชากร 50 ล้านคน จะมีผู้ป่วยโรคนี้อยู่ 150,000 คน และมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นปีละ 10,000 คน

โรคจิตเภทเกิดขึ้นได้อย่างไร

ในปัจจุบันมีหลักฐานและเหตุผลที่จะกล่าวได้ว่า โรคจิตเภทเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่

1. กรรมพันธุ์
2. ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง
3. การปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลในครอบครัวที่สำคัญคือ ระหว่างบิดาและบุตร เช่น
 - การที่บิดามารดาตั้งความหวังในตัวบุตรสูงเกินไป
 - ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารกที่ขาดตกบกพร่อง
 - ความไม่เสมอต้นเสมอปลายของมารดา
 - ครอบครัวมีปัญหาทางจิต
 - การพูดอย่างทำอย่าง
 - การที่เด็กเป็นผู้รองรับความโกรธที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว
4. สาเหตุกระตุ้นให้เริ่มมีอาการ เช่น มีเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด ผิดหวัง หรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ต้องปรับตัว การใช้สารเสพติดบางอย่าง ได้รับอุบัติเหตุทำให้สมองกระทบกระเทือน เป็นต้น

ที่ว่ากรรมพันธุ์มีส่วนนั้นเป็นอย่างไร

กรรมพันธุ์ไม่ใช่สาเหตุทั้งหมดของโรคนี้ หมายความว่า คนที่มีญาติพี่น้องเป็นโรคนี้อาจไม่จำเป็นว่าเขาจะต้องป่วยด้วยเหมือนกัน หรือผู้ป่วยทุกรายก็ไม่จำเป็นว่าเขาต้องมีประวัติของญาติพี่น้องที่เป็นโรคนี้ เพียงแต่ว่าญาติของผู้ป่วยจะมีโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะป่วยมากกว่าคนทั่วไปเท่านั้น ที่ว่าญาติจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้นั้นมากกว่าคนทั่วไปเสี่ยงมากกว่าเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความใกล้ชิดทางสายเลือด ถ้ายังมี ความใกล้ชิดทางสายเลือดมาก ก็ยังมีโอกาสสูง เช่น ลูกของผู้ป่วยจะมีโอกาสมากกว่าหลานของผู้ป่วย ประชากรทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ 1% หมายความว่า ถ้าเราติดตามประชากรทั่วไป 100 คน ตั้งแต่เกิดจนตาย จะพบว่าป่วยโรคนี้ 1 คน

ตัวเลขต่อไปนี้จะแสดงความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ของญาติระดับต่าง ๆ โดยประมาณ

ลูก ป้า น้า อา หลาน ลูกพี่ลูกน้องของผู้ป่วย 3%

พ่อแม่ของผู้ป่วย 5%

พี่น้องของผู้ป่วย 10%

ลูกของผู้ป่วย 15% ถ้าทั้งพ่อและแม่ป่วยทั้งคู่ ลูกจะมีโอกาสเป็น 40%

ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (หน้าตาเหมือนกันมาก เพศเดียวกัน) 70-90%

ฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (หน้าตาไม่เหมือนกันทีเดียว) 14%

เขารักษาผู้ป่วยจิตเภทกันอย่างไร

ส่วนใหญ่จะใช้ยาสงบประสาทประเภทที่เรียกว่า "ยารักษาโรคจิต" ซึ่งจะให้อาการของโรคน้อยลง และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและทนต่อความเครียดได้ดีขึ้น จิตแพทย์จะเป็นผู้เลือกชนิดและขนาดของยาให้เหมือนสมกับอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาอื่นๆ ซึ่งแพทย์จะเลือกใช้ร่วมกับยา คือ การรักษาด้วยไฟฟ้า และการทำจิตบำบัด

การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยให้ไฟฟ้าผ่านเข้าสมองด้วยวิธีการเฉพาะ และในขนาดที่พอเหมาะ ซึ่งจะให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นโดยไม่เกิดอันตรายต่อสมอง การรักษาจะเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 8-16 ครั้ง โดยทำ 2 วันต่อ 1 ครั้ง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าอาจมีอาการคลื่นไส้ ปวดเมื่อยหรือมีความจำบกพร่องชั่วคราว (ไม่เกิน 2-3 เดือน) แต่เท่าที่มีการรักษาวิธีนี้มารวม 50 ปี สามารถกล่าวได้ว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างถาวร

การทำจิตบำบัด คือการทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น จากปัญหาต่างๆ เช่น มีปมด้อย ขาดความเชื่อมั่น รู้สึกผิด เป็นต้น โดยผู้รักษาจะพูดคุยกับผู้ป่วยถึงปัญหาของผู้ป่วย และแนะวิธีการแก้ไขหรือช่วยสะท้อนให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองมากขึ้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจและสังคมที่พร้อมที่จะกลับไปเผชิญกับสังคมภายนอกได้อีก การฟื้นฟูมีหลายวิธี เช่น อาชีวบำบัด คือการฝึกอาชีพ นันทนาการบำบัด คือการเข้ากลุ่มสังสรรค์ และมีกิจกรรมที่รื่นเริงบันเทิง เช่น ร้องเพลง เต้นรำ เป็นต้น

การติดตามผลการรักษาเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แล้งญาติต้องพาผู้ป่วยมาพบผู้รักษาเป็นระยะๆ ตามที่กำหนด เพื่อผู้รักษาจะได้ตรวจดูอาการ ถามความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่บ้าน ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงยาที่ใช้ให้เหมาะสม

สำหรับผู้รักษานั้น นอกจากจิตแพทย์แล้ว ยังประกอบด้วยบุคลากรหลายฝ่ายร่วมกัน ได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เป็นต้น

โรคจิตเภท

สามารถรักษาให้หายขาดหรือไม่

โรคจิตโดยทั่วไปนั้นสามารถรักษาให้หายได้ ถ้าหากรักษาถูกต้องเสียแต่เนิ่นๆ อย่างไรก็ตาม โรคจิตก็เช่นเดียวกับโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ กล่าวคือ บางรายอาจหายขาด บางรายเพียงแค่ทุเลา และบางรายก็อาจเป็นเรื้อรังตลอดชีวิต

สำหรับโรคจิตเภทนั้น เป็นโรคจิตที่มักจะเรื้อรัง มีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราว แต่ถ้าได้รับการรักษาได้อย่างถูกต้องตั้งแต่เนิ่นๆ และติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยก็สามารถกลับไปทำงานหรือเรียนหนังสือได้ อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ พอช่วยงานได้ หรืออย่างน้อยที่สุดก็พอยู่ในบ้านได้โดยไม่ต้องทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน ดังนั้นญาติควรถือเป็นธุระในการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

ผลการรักษาจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับอะไรบ้าง

ผลการรักษาจะดีในกรณีต่อไปนี้ คือ

1. เกิดอาการขึ้นรวดเร็วไม่ใช่ค่อยเป็นค่อยไป
2. เริ่มเป็นครั้งแรกตอนอายุมากแล้ว คือ เริ่มในวัยผู้ใหญ่จะรักษาได้ผลดีกว่าเริ่มเป็นตอนวัยรุ่น
3. การปรับตัวก่อนป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี เช่น ทำงานหรือเรียนหนังสือได้ดี มีเพื่อนฝูง
4. มีเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการ เช่น มีเรื่องที่วิตกกังวลผิดหวัง
5. ผู้ที่แต่งงานแล้วมักมีผลการรักษาที่ดีกว่าผู้ที่โสด หย่า หรือหม้าย แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าผู้ป่วยจิตเภทควรแต่งงาน

ตัวอย่างข้างต้นนี้เป็นเพียงหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ในการทำนายผลการรักษาซึ่งบางครั้งอาจไม่แน่นอน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบยิ่งมากครั้ง ก็ยังมีโอกาสที่จะมีความผิดปกติในบุคลิกภาพหลงเหลืออยู่ เช่น ดูจากภายนอกเห็นเป็นคนแปลก ๆ หรือไม่สามารถกลับไปทำงานได้ดังเดิม เป็นต้น

อาการของโรคจิตเภทเป็นอย่างไร

- ความผิดปกติทางด้านความคิด - หลงผิดในเรื่องต่าง ๆ เช่น หลงผิดคิดว่าถูกกลั่นแกล้ง ถูกปองร้าย ถูกสะกดจิต อยู่ภายใต้อำนาจหรืออิทธิพล ต่าง ๆ
- ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ - อารมณ์มักเป็นแบบท้อ เศร้า หรือไม่สอดคล้องกับความคิด อารมณ์สนุกสนานครื้นเครงมากกว่าปกติธรรมดา อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายอย่างรวดเร็ว และรุนแรง
- ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม - มีการแยกตัวจากสังคมและกิจกรรมต่าง ๆ
 - ขาดความสนใจนามัยและความสะอาดของร่างกาย
 - ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
 - มีพฤติกรรมเป็นเด็กกว่าวัย
- ความผิดปกติของการรับรู้ - ประสาทหลอน ที่พบบ่อยที่สุดคือ ประสาทหลอนทางหู มักเป็นเสียงพูด เสียงคำหึงขู่มา เรียกชื่อ ออกคำสั่ง เสียงเยินยอชมผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นเสียงคนเดียวหรือหลายคน อื่น ๆ เช่น ประสาทหลอนทางตา รับกลิ่น รับรสสัมผัส

- ความผิดปกติทางด้านคำพูด
 - ไม่ยอมพูดจา เป็นเดือนปี หรือพูดไม่หยุดเป็นวัน เป็นสัปดาห์
 - พูดโดยการสร้างภาษาใหม่ขึ้นเอง
 - พูดไม่ติดต่อกัน ไม่ได้ใจความ และสับสน
 - เลียนแบบคำพูดคนอื่น
 - พูดเปลี่ยนเรื่องตลอดเวลาตามสิ่งเร้าภายนอก
 - คำพูดหยุดชะงักไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง แล้วเริ่มพูดด้วยเรื่องใหม่
- ความผิดปกติทางด้านกำลังใจ
 - เกิดความอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ขาดแรงกระตุ้น
 - ขาดการริเริ่ม ขาดการกระทำที่มีจุดมุ่งหมาย

ข้อควรรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคจิต

- การรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญที่สุด พบว่า เมื่อให้ยารักษาโรคจิตผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นถึงร้อยละ 75 ในเวลา 6 สัปดาห์ อาการโรคจิตต่าง ๆ จะลดน้อยลงหรือหายไป และพฤติกรรมผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนใหญ่จะใช้ยาสงบประสาทประเภทที่เรียกว่า "ยารักษาโรคจิต" โดยแพทย์จะเลือกชนิดและขนาดของยาให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย
- ยารักษาโรคจิตมีประโยชน์คือ ใช้รักษาอาการต่าง ๆ ของโรคจิต เช่น พูดคนเดียว หวาดระแวง ก้าวร้าว ช่วยให้ผู้ป่วยหลับได้ดีขึ้น และช่วยป้องกันการกลับเป็นใหม่
- ยารักษาโรคจิตอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง แต่มักจะเรียกกันเพื่อให้เข้าใจง่าย ๆ ว่า "แพ้ยา" คือ คอปิด หน้าแดง น้ำลายยืด ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด เดินตัวแข็ง ๆ แขนไม่แกว่ง มือเท้าสั่น ลูกตุ้กลูกกลน นั่งไม่ติดที่ ซึ่งอาการแพ้ยานี้สามารถรักษาได้โดยใช้ยา ญาติควรถามจากแพทย์ว่ายาตัวใดเป็นยาแก้แพ้เพื่อจะได้ให้ผู้ป่วยรับประทานเมื่อมีอาการดังกล่าว
- ยารักษาโรคจิตอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตามพรั้มัว ซึ่งผู้ป่วยจะค่อย ๆ ปรับตัวได้ หลังจากใช้ยาไป 1-2 สัปดาห์ ถ้าอาการดังกล่าวมีมากควรปรึกษาแพทย์
- ยารักษาโรคจิตไม่ทำให้เกิดการติดยา สามารถใช้ไปนาน ๆ ได้
- ยารักษาโรคจิตมีทั้งชนิดเม็ด ชนิดน้ำ และชนิดฉีด ซึ่งแพทย์จะเลือกใช้ตามความเหมาะสม
- การเพิ่มหรือลดขนาดยา ควรอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์
- เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์มักจะค่อย ๆ ลดขนาดยาลง ส่วนปัญหาที่ว่าจำเป็นต้องใช้ยาตลอด

ไปหรือไม่นั้น แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป

ความสำคัญของการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

เนื่องด้วยโรคจิตเภทต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเพียงพอ การรักษาจะยังไม่สิ้นสุดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ญาติต้องพาผู้ป่วยมาพบผู้รักษาเป็นระยะ ๆ ตามที่กำหนด เพื่อผู้รักษาจะได้ตรวจดูอาการ ถามความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่บ้าน ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงยาที่ใช้ได้เหมาะสม

บ่อยครั้งหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ญาติไม่นำมาให้ผู้รักษาดูอาการอีก หรือพามา 2-3 ครั้งก็หายหน้าไป อ้างว่าผู้ป่วยเป็นปกติดีแล้วไม่ค่อยจะมีเวลาพามา หรือมีความเข้าใจผิด คิดว่า ถ้าให้กินยานาน ๆ จะทำลายประสาทเลยให้หยุดกินยา หรือต้องการทดลองหยุดกินยาเพื่อดูว่า โรคหายแล้วหรือยัง หรือเข้าใจว่าการเสียน้ำยังเป็นโรคอยู่ เลยหยุดกินยาเพื่อจะได้ไม่เป็นโรค การหยุดรักษาหรือหยุดกินยาเองจะเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคจิตเภทขึ้นมากอีก ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทได้ ถ้าเป็น ๆ หาย ๆ บ่อยครั้งจะทำให้รักษายาก กลายเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังได้ในที่สุด

การจัดสิ่งแวดล้อมที่มีความเครียดน้อยเพื่อควบคุมสถานการณ์ในบ้าน

สถานการณ์ที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน สถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจกระตุ้นให้เกิดอาการที่เฉียบพลันของโรคจิตเภทขึ้นได้ ได้แก่ การอภิปรายถกเถียงกันอย่างเผ็ดร้อนเกี่ยวกับเรื่องการเมืองหรือศาสนา การจินตนาการพ้อฝันที่ไม่เป็นความจริง การติดต่อบปะกับสมาชิกในเครือญาติบ่อยเกินไป หรือการปรากฏการณ์ในที่มีผู้คนหนาแน่น หรือการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย

ผู้ป่วยมักจะมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน โดยเฉพาะเวลาที่อยู่ตามลำพัง และในขณะที่ว่าง ไม่มีอะไรทำ ควรหาอะไรให้ผู้ป่วยทำบ้าง เช่น ทำงานบ้าน เล่นดนตรี หรือมุ่งความสนใจกับการอ่านหนังสือ งานที่ทำควรอยู่ในขอบข่ายความสามารถที่เขาพอจะทำได้ ไม่ควรจะเป็นงานที่ยากเกินไป หรือที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด งานอาชีพที่ไม่เร่งรัดหรือต้องการความสมบูรณ์มากนัก จะเป็นผลดีในแง่การบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการเรื้อรังของโรคจิตเภทพัฒนาขึ้นมา หรือกลับเลวลงไปกว่าเดิม อาการเหล่านี้ได้แก่ ไร้อารมณ์ เก็บตัวอยู่ตามลำพัง และขาดพลังใจ

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและญาติต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการดำเนินของโรค

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตในครอบครัวเป็นงานหนึ่งที่หนักอย่างยิ่ง แต่เป็นภาระที่จำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเพราะความผูกพันในฐานะญาติ เช่น อาจเป็นลูก เป็นหลาน เป็นพี่น้อง เป็นพ่อแม่หรืออื่น ๆ แล้ว วิธีดูแลผู้ป่วยของญาติยังมีความสำคัญต่ออาการของผู้ป่วย หมายความว่า ถ้าหากญาติรู้หลักและวิธีดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติได้เหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้ป่วยหายดียิ่งขึ้น หายเร็วขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพจิตของสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตนั้น ญาติต้องพึงสังวรณในหลัก 3 ประการ คือ อย่างคาดหวังผู้ป่วยสูงจนเกินไป ให้ขอบเขตแก่ผู้ป่วยที่เหมาะสม และอย่าเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

ญาติจะช่วยผู้ป่วยไม่ให้กลับเป็นซ้ำได้อย่างไร

จากการศึกษา พบว่าสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ได้แก่ การขาดยา และการแสดงอารมณ์อย่างมากในครอบครัว ฉะนั้นวิธีที่ญาติจะช่วยผู้ป่วยก็คือ

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ไม่เพิ่มไม่ลด หรือหยุดยาเอง โดยไม่ปรึกษาแพทย์

2. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มาก ๆ ในครอบครัว อารมณ์ที่วุ่นวายหมายถึง อารมณ์โกรธ เกลียด ก้าวร้าว รวมไปถึงความรู้สึกหวั่นไหวที่มากเกินไป

วิธีปฏิบัติของญาติ คือ

- หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางไม่ดี ทั้งทางคำพูด น้ำเสียง หรือท่าที
- ยอมรับผู้ป่วยตามสมควร รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตามสมควร ไม่แสดงความรำคาญต่อความประพฤติของผู้ป่วย
- หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์โกรธ เกลียด หรือรังเกียจผู้ป่วย ตัวอย่างแสดงถึงความโกรธเกลียดนี้ ได้แก่ การไม่สนใจ ไม่พูดคุยกับผู้ป่วย การคอยจับผิด การตำหนิติเตียนอย่างไม่มีเหตุผลการดูว่าผู้ป่วยจากเรื่องหนึ่งพูดพาดพิงไปถึงเรื่องอื่นซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน เช่น ผู้ป่วยไม่ช่วยงานบ้านก็ตำหนิว่า "ไม่ช่วยงานบ้านเลย เป็นคนขี้เกียจสันหลังยาว เรียนหนังสือก็ไม่จบ งานก็ไม่ทำเป็นคนที่ย่ำแย่ที่สุดในโลกเลย"
- ไม่พูดข่มขู่ให้ผู้ป่วยกลัวหรือวิตกกังวล
- ไม่ผลักไสไล่ส่งผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น เช่น ให้ไปโรงพยาบาล หรือจะให้ไปอยู่กับบ้านญาติคนอื่น หรือให้ไปอยู่คนเดียว
- ไม่แสดงความหวั่นไหวผู้ป่วยเกินไป บ่อยครั้งที่ญาติทำเช่นนี้ด้วยความหวังดีต่อผู้ป่วยซึ่งกลับไม่เป็นผลดี ญาติไม่ควรดูแลผู้ป่วยเสมือนเขาเป็นเด็กเล็ก ๆ ที่ต้องทำอะไรให้เขาหมด ไม่ควรวิตกกังวลกับผู้ป่วยมากเกินไป ไม่จำเป็นต้องไปช่วยตัดสินใจวางแผนชีวิตให้ผู้ป่วยไปเสียทุกเรื่อง เพราะนั่นจะทำให้ผู้ป่วยขาดความรับผิดชอบ กลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา และถดถอยกลับเป็นเด็กเล็ก ๆ ซึ่งทำให้อาการกำเริบได้อีก ลักษณะนี้พบได้มากในกรณีที่ญาติเป็นพ่อแม่ของผู้ป่วยทุกเรื่อง เช่น คอยดูแลและเรื่องอาหารให้ผู้ป่วยได้รับประทานตรงตามเวลา รับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูง ช่วยตั้งนาฬิกาปลุกเพื่อให้ผู้ป่วยตื่นไปทำงานได้ทัน และไม่ยอมไปเที่ยวหรือร่วมกิจกรรมใด ๆ โดยใช้เหตุผลว่าต้องดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาจะไปไหนอีก

จะไปไหนอีก

สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอควรจะปฏิบัติอย่างไร

"เขาไม่ยอมกินยาเลยคะคุณหมอ เขาว่าเขาไม่ได้เป็นอะไร ดิฉันไม่รู้จะทำอย่างไรดี"

ในกรณีเช่นนี้ ถ้าผู้ป่วยยังพอพูดให้เข้าใจได้ ญาติควรพูดคุยกับผู้ป่วยให้ทราบถึงเหตุผลที่เขา ปฏิเสธการรับประทานยา และเกลี้ยกล่อมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เพื่อรักษาอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นทุกข์ เหนื่อย กินยาเพื่อให้หลับสบายขึ้น กินยาเพื่อให้หายหวาดกลัว หายวิตกกังวล

ถ้าไม่สามารถพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ ญาติอาจบดยาผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม หรืออาจใช้ยาสงบประสาทขนาด ซึ่งเป็นชนิดน้ำผสมอาหาร เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้วอาการดีขึ้น ก็อาจพูดคุยกับผู้ป่วยอีกครั้งให้ผู้ป่วยยอมรับประทานยา

ถ้าสองวิธีแรกยังไม่ได้ผล หรือผู้ป่วยไม่ชอบรับประทานยา ญาติอาจพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ แพทย์จะมียานัดที่ออกฤทธิ์ได้นาน สามารถฉีดทุก 2-4 สัปดาห์โดยผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาเอง

บางครั้งผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือฉีดยา เนื่องจากเกิดอาการแพ้ยา ซึ่งทำให้ไม่สบาย ญาติอาจช่วยอธิบายให้เข้าใจว่า อาการแพ้ยานั้นรักษาได้ ญาติควรเรียนรู้จากแพทย์ถึงวิธีสังเกตอาการแพ้ยาและวิธีการให้ยาแก้แพ้

ญาติควรเห็นใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา เพราะเบื่อกินยาเป็นเวลานาน แต่ไม่ควรจะลดหรือหยุดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ญาติอาจอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ยามีความจำเป็นและในความจริงนั้น ยังมีผู้ป่วยอีกหลายโรคที่ต้องกินยาไปนาน ๆ เช่นเดียวกัน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ในการที่จะจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยนั้นมีหลักการอย่างไร

"ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายทรัพย์สิน"

กรณีเช่นนี้สร้างความเดือดร้อนแก่ญาติอย่างยิ่ง ญาติควรพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ แพทย์จะพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมรวมทั้งพิจารณาว่าจำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือไม่

ในช่วงระหว่างที่รอนำส่งโรงพยาบาลนั้น ญาติอาจให้ผู้ป่วยกินยา ซึ่งอาจเป็นยาเม็ด หรือยาน้ำ ตามแต่จะทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง จะได้ไม่เป็นอันตรายต่อบุคคลหรือทรัพย์สิน

"คุณหมอครับ ลูกผมตอนนี้วุ่นวายมาก แต่ไม่ยอมมาโรงพยาบาล ช่วยผมที"

บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่ยอมไปโรงพยาบาล ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอาการ ทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ญาติอาจใช้วิธีดังต่อไปนี้

- ให้ผู้ป่วยกินยาไปก่อน อาจกินโดยผู้ป่วยยินยอมหรือผสมยาในอาหาร
- ญาติมาปรึกษากับแพทย์ก่อนว่าจะทำอย่างไรดี
- ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจช่วยนำส่งโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น พุดหัวเราะคนเดียว ญาติควรทำอย่างไร?

ถ้าไม่บ่อยหรือไม่มาก ญาติอาจเพิกเฉย ไม่ได้ตอบผู้ป่วยและแจ้งให้ผู้รักษาทราบ เพื่อจะได้พิจารณาให้การรักษา ผู้ป่วยบางคนถึงแม้จะได้รับการรักษามานาน และได้รับยาในปริมาณที่สูงขึ้นแล้วก็ตาม ก็ยังมีการพุดคนเดียวดังคนเดียวยังคนเดียวเป็นครั้งคราว ในกรณีเช่นนี้ ญาติอาจแนะนำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดังกล่าวในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง เช่น ในห้องนอน เป็นต้น และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นไม่เป็นผลดีถ้าที่พบเห็น ข้อควรระวังคือ ญาติไม่ควรแสดงความโกรธ ตำหนิ หรือดูว่าผู้ป่วยอย่างรุนแรง

พฤติกรรมไม่เหมาะสมอื่น ๆ ที่อาจพบ ได้แก่ อาการย้ำคิดย้ำทำ พุดซ้ำซาก เรียกร้องความสนใจ พฤติกรรมทางเพศต่าง ๆ เป็นต้น ญาติก็สามารถใช้หลักการและวิธีเดียวกับกรณีพุดคนเดียว

ผู้ป่วยมีความหลงผิด ควรโต้แย้งให้ผู้ป่วยเลิกความคิดนั้น ๆ หรือไม่?

ความหลงผิด หมายถึง ความคิดความเชื่อผิด ๆ ที่ไม่มีมูลความจริง และไม่เป็นที่ยอมรับกันในสังคมนั้น ตัวอย่างเช่น ความคิดระแวงว่ามีคนคอยตามฆ่าทั้งที่ไม่มี ความคิดว่าตนมีอำนาจวิเศษ สามารถส่งกระสุนจิตได้ เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีความหลงผิดมักจะมีพฤติกรรมตามความคิดนั้น เช่น ถ้า ระแวงก็มักหลบซ่อนตัวในห้อง พกอาวุธติดตัว ซึ่งทั้งความหลงผิดและพฤติกรรมที่ผิดปกตินี้ก่อให้เกิดความเดือดร้อนได้เสมอ วิธีปฏิบัติของญาติคือ

- ถ้าไม่รุนแรงและไม่อันตราย ญาติอาจเพิกเฉย ไม่ได้โต้แย้ง หรืออาจรับฟังความคิดของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ถ้ามหาเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดเช่นนั้น ญาติอาจลองอธิบายให้ผู้เข้าใจให้ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่รับฟังเลยหรือโกรธ แสดงว่ายังไม่ใช้จังหวะที่จะพุดกับผู้ป่วยในเรื่องนี้ ญาติควรรับฟังเฉย ๆ ก่อน
- ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยว่างเกินไป ให้ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือทำกิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน
- บอกอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบ ถ้ามีลักษณะที่อันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ควรพาผู้ป่วย

ไปพบแพทย์โดยด่วน

ผู้ป่วยกังวลใจเรื่องความต้องการทางเพศลดลง

ความสนใจในเรื่องเพศของผู้ป่วยอาจลดลง จากสาเหตุหลายประการ คือ

- ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ทำให้ไม่สนใจในเรื่องเพศ
- ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องอื่น
- มีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น โกรธเคืองคู่สมรส
- ผู้ป่วยไม่มั่นใจ
- ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ซึมเศร้า ท้อแท้
- อาจเป็นผลมาจากยารักษาโรคจิต แต่เมื่อลดขนาดยาหรือเปลี่ยนยาก็กลับเป็นปกติได้

ถ้าผู้ป่วยกังวลใจในเรื่องนี้ให้ญาติปรึกษาแพทย์ อย่าได้ลดยาหรือหยุดยาเองโดยเด็ดขาด

ผู้ป่วยที่แยกตัวไม่เข้าสังคม ก็ทำให้ญาติทุกข์ร้อนใจไม่น้อย โดยเฉพาะครอบครัวที่ต้องมีการเข้าสมาคมบ่อย ญาติควรยอมรับสภาพแยกตัวของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยเองก็ต้องการเวลาที่เป็นตัวของตัวเอง เวลาที่เขาจะอยู่ตามลำพังบ้างญาติบางคนสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีความสุขได้อย่างไร ถ้าแยกตัวอยู่เช่นนั้น โดยเชื่อว่าคนที่มีความสุขก็คือ คนที่สนุกสนาน เข้าสังคมพบปะคนมากมาย ซึ่งความจริงผู้ป่วยไม่ได้เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะไม่ชอบและวิตกกังวลที่จะต้องเข้าสังคมมาก ๆ ดังนั้นญาติจะยอมรับความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องนี้บ้าง ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุขขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่า การแยกตัวของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดี เพราะการแยกตัวอาจทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า เจ็บชามากขึ้น ดังนั้นญาติจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าสังคมบ้าง เช่น พาไปเยี่ยมญาติที่ผู้ป่วยชอบพอให้คบเพื่อนที่ดี ให้สามารถต้อนรับแขกได้อย่างน้อยก็ในช่วงเวลาสั้น ๆ เป็นต้น

"ควรคาดหวังอย่างไรกับผู้ป่วยจิตเภท"

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ญาติไม่ควรมีความคาดหวังที่มากเกินไป ญาติควรเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคว่า ผู้ป่วยมักจะซึมเศร้า เจ็บชามาก ไม่กระตือรือร้น และมักจะนอนมากเกินไป ซึ่งดูเหมือนว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจมาก ญาติไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยแกล้ง ญาติควรยอมรับสภาพ ผู้ป่วยเองอาจมีความสุขจากการแยกตัวมากกว่าการเข้าสังคม ถ้าอาการแยกตัว เจ็บชามาก การช่วยเหลือคือ "การกระตุ้น" ผู้ป่วย และใช้หลักการของการ "ผ่อนคลาย" คือ อนุญาตบ้างแต่ไม่ใช่ยอมหมด เพราะการกระตุ้นมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ เช่น มีหูแว่ว หวาดระแวง หรืออะละอุนวายได้ ญาติควรเรียนรู้จังหวะให้มีค่า เมื่อ

ใดควรกระตุ้นผู้ป่วย เมื่อใดควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ

การกระตุ้นให้หายเฉื่อยชานั้น อาจให้ผู้ป่วยทำงานโดยเริ่มจากงานที่ง่าย ๆ ก่อน เช่น ให้ดูแลที่นอนของตนเอง ช่วยงานบ้านง่าย ๆ เช่น ถูบ้าน ล้างชาม งานนั้นควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยจะทำสำเร็จได้ โดยไม่เครียดมากเกินไปไม่ควรคาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องร่วมงานได้ทุกวัน เช่น ผู้ป่วยทำได้สัปดาห์ละ 4 วัน ก็ถือว่าเป็นใช้ได้แล้ว เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติเอง ญาติควรปฏิบัติดังนี้

1. ยอมรับผู้ป่วย
2. จู้จี้ขี้บ่นให้น้อยที่สุด
3. อย่ากระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป
4. อย่าแสดงความกระตือรือร้นต่อผู้ป่วยมากเกินไป
5. อย่ายุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยจนเกินเหตุ
6. อนุญาตให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ้างตามต้องการ

บางครั้งผู้ป่วยตื่นสาย ไม่ยอมรับ ญาติอาจต้องยึดหยุ่นให้บ้าง อย่าตั้งเป้าไว้สูงนัก ญาติบางคนหวังจะให้ผู้ป่วยตื่นนอนดี 5 เหมือนคนอื่น ๆ ในบ้าน ถ้าผู้ป่วยทำไม่ได้ก็จะกลายเป็นเรื่องที่เกิดความไม่พอใจกันทั้งสองฝ่าย ญาติควรกำหนดเวลาตื่นตามความเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน อาจอนุโลมให้ตื่นสายได้บ้าง ถ้าถึงเวลาที่กำหนดไว้ผู้ป่วยยังไม่ตื่น อาจยึดต่อไปอีก 1-2 ชั่วโมง ก็เข้าไปปลุก ถ้ายังไม่ยอมตื่นอาจจะใช้ผ้าชุบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่นเช็ดหน้าหรือนำอาหารเข้าไปให้และปลุกอย่างแข็งขันอีกครั้ง อาจใช้คำพูดว่า "ตื่น ตื่นได้แล้ว เธอจะต้องไปทำงานให้ทันนะ" หรือ "เธอต้องตื่นแล้วนะ ฉันกำลังจะไปข้างนอก เธอจะต้องตื่นขึ้นมาเผื่อบ้าน" ถ้าทำเช่นนี้ยังไม่ได้ผล เห็นที่ญาติจะต้อง "แซะ" หรือช่วยตะแคงผู้ป่วยให้ขึ้นจากเตียงด้วยท่าที่นุ่มนวล

ขอบเขตและความเหมาะสมของการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ

ญาติควรให้ความสนใจต่อพฤติกรรมที่แปลกประหลาดและรุนแรงของผู้ป่วย แต่ไม่ควรจะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไป ผู้ป่วยและสมาชิกอื่นในครอบครัวควรที่จะเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกันได้โดย การดูแลจัดการที่มีประสิทธิผล และปราศจากการละทิ้งถึงความต้องการและสุขภาพของสมาชิกอื่นในครอบครัว ดังนั้นจึงควรสนใจเอาใจใส่คู่สมรสและลูก ๆ ด้วย ญาติควรถอยห่างจากผู้ป่วยชั่วคราว เช่น ออกไปเดินซื้อของ ไปดูภาพยนตร์ เป็นต้น ให้จัดเวลาที่เป็นของตัวเองบ้าง เพื่อจะได้พักผ่อน หรือทำในสิ่งที่ตนชอบ เช่น ไปเล่นกีฬา ไปหาเพื่อน ญาติบางคนคิดว่า การดูแล ผู้ป่วยตลอดระยะเวลายาวนานนั้น ญาติต้องเสียสละตัวเองทั้งชีวิตและสังคม บางคนรู้สึกว่ามีห่วงผูกคอ ความคิดเช่นนี้ยากที่จะทำให้ญาติได้รับความชื่นใจตอบแทน แต่มักจะก่อให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าและขุ่นเคืองใจมากกว่า

การจำกัดการแสดงอารมณ์

จากความจริงที่ว่า การแสดงอารมณ์ของญาติซึ่งแสดงออกโดยการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยไปในทางที่ไม่ดี ด้วยน้ำเสียงและการแสดงความรู้สึกหึงหวงที่มากเกินไป จะมีผลทำให้การกลับซ้ำของผู้ป่วยสูงขึ้น ดังนั้นญาติจึงควรหลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มาก ๆ ดังที่ได้กล่าวไว้ในหัวข้อของญาติจะช่วยผู้ป่วยไม่ให้กลับเป็นซ้ำได้อย่างไร

บริการต่าง ๆ ทางจิตเวช

บริการที่รัฐจัดขึ้นมาเพื่อบริการประชาชนที่มีปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ การให้บริการฉุกเฉินทางจิตเวช การบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยห้วงเวลาอาจเป็นผู้ป่วยกลางวัน ผู้ป่วยเวลากลางคืน การรับปรึกษา การให้สุขศึกษา และการแนะนำ

หน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวชและสุขภาพจิต มีดังนี้

ภาคกลาง

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยา
2. โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. โรงพยาบาลราชานุกูล
4. ศูนย์สุขวิททยาจิต (เฉพาะผู้ป่วยนอก)
5. โรงพยาบาลนิติจิตเวช
6. โรงพยาบาลยุวประสาท
7. โรงพยาบาลประสาทพญาไท (เน้นเฉพาะผู้ป่วยโรกระบบประสาท)
8. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ (เฉพาะผู้ติดสารเสพติด)
9. คลินิกสุขภาพจิตของศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครมี 5 แห่ง คือ
 1. คลินิกสุขภาพจิต ศูนย์ 2 สมาคมสตรีไทย
 2. คลินิกสุขภาพจิต ศูนย์ 21 วัดธาตุทอง
 3. คลินิกสุขภาพจิต ศูนย์ 3 บางซื่อ

4. คลินิกสุขภาพจิต ศูนย์ 23 สีพระยา

5. คลินิกสุขภาพจิต ศูนย์ 24 บางเขน

10. แผนกจิตเวช ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, ศิริราช, รามาธิบดี, ตำรวจ, วชิระและราชวิถี

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี

2. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

3. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา

4. แผนกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาคเหนือ

1. โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่

2. โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่

3. ศูนย์สุขภาพจิต ชัยนาท

4. แผนกจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาคใต้

1. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี

2. โรงพยาบาลประสาท สงขลา

3. แผนกจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ประวัติผู้เขียน

ร้อยตำรวจโทหญิง อร่ามศรี เกสจินดา เกิดวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2500 ที่อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) และประกาศนียบัตรผดุงครรภ์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ. 2522 Cert. in Advanced Orthopaedic Nursing (Japan) เมื่อ พ.ศ. 2529 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2532 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง วิทยากรยัตริ งานฝึกอบรมพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สำนักงานแพทย์ใหญ่ กรมตำรวจ

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย