# บทที่ 2

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัว และภูมิหลังด้านครอบครัว กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากยังไม่มีวรรณคดีและงานวิจัยในเรื่องโดยตรง ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมจากวรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่
2. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่
3. บทบาทของพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งรวมถึงแนวคิดเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ เหตุการณ์ในชีวิต การแสดงออกทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว
5. ลักษณะสังคมไทย

### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่

**ความหมายและสาเหตุ**

โรคจิตเภทเป็นโรคจิต (Psychosis) ที่เกิดจากสาเหตุทางอารมณ์ หรือจิตใจ (funtional) ซึ่งเรื้อรังรุนแรงและพบมากที่สุด แสดงลักษณะโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคคลิกภาพ และขาดความเข้าใจสภาพความเป็นจริงต่างๆ อย่างมากจนทำให้ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติรวมทั้งทำให้การเอาใจใส่ตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสียไปด้วย( สุวัฒนา อารีพรรค, 2524:237 )

มงคล ม.ศรีโสภาค (2520 : 291) ได้แปลความหมายของคำว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้ว่า หมายถึง กลุ่มอาการของโรคจิตที่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความนึกคิด อารมณ์ และบุคลิกภาพ ความผิดปกติ พบว่ามีแนวโน้มที่จะหันออกไปจากโลกแห่งความเป็นจริง โดยมีความคิดที่ผิดปกติขึ้นมาโดยไม่คาดฝัน มีอารมณ์แปรปรวน ไม่ผสมผสานกับความนึกคิด และบุคลิกภาพถอยหลังไปสู่วัยเด็ก และบางรายเกิดการเสื่อม

สมพงษ์ รังสิพราหมณกุล (2528 : 88) ได้เขียนไว้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความคิดด้านมโนทัศน์ (Concept) ผิดปกติไป ทำให้ความคิด ความเข้าใจผิดพลาดไปจากความเป็นจริง ความคิดความเข้าใจขาดความต่อเนื่องไม่มีจุดหมายของความคิด ผลจากความคิดที่ผิดปกติไปนี้ได้ทำให้อารมณ์ การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรมผิดปกติไปด้วย

โดยสรุปแล้วโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิต ซึ่งเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์และบุคลิกภาพ นอกจากนั้นผู้ป่วยที่จะจัดว่าเป็นโรคจิตเภทผู้ใหญ่ ก็คือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่

รายละเอียดสำหรับความผิดปกติของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม (สุวัทนา อารีพรรค, 2524 :237) มีดังนี้คือ

ความคิดมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านมโนทัศน์ ซึ่งทำให้ความเข้าใจความเป็นจริงผิดพลาดไป ความคิดขาดความต่อเนื่อง คิดอย่างไร้จุดหมายปลายทาง และมีความหลงผิด

อารมณ์รวนเร สองจิตสองใจ (Ambivalence) อารมณ์ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ อารมณ์แคบ และเฉยชา

พฤติกรรมแยกตัวไม่สนใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม ประพฤติตนเป็นเด็กกว่าวัย และทำอะไรแปลกๆ

ลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นในขณะที่กำลังรู้สึกตัว และเชาวน์ปัญญาอยู่ในสภาพปกติ อาการของโรคดำเนินไปช้าๆ และส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษา มีน้อยมากที่หายเป็นปกติได้เอง

สาเหตุของโรคจิตเภท สาเหตุของโรคนี้ยังไม่สามารถทราบได้แน่นอน แต่สันนิฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลายๆ อย่างร่วมกัน ที่สำคัญได้แก่ (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2530 : 110)

ก. กรรมพันธุ์

ข. สิ่งแวดล้อม เช่น ความสัมพันธุ์ภายในครอบครัว และสังคมที่แวดล้อม

ค. ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ซึ่งบุคคลนั้นอาจจะมีแต่ดั้งเดิมก่อนที่จะเป็นโรคจิตเภท และ/หรือเป็นผลจากกรรมพันธุ์ และ/หรือสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ สุวัทนา อารีพรรค (2524 : 239) ยังเขียนเกี่ยวกับสาเหตุของโรคจิตเภท ได้แก่

1. กรรมพันธุ์ สาเหตุเกี่ยวกับกรรมพันธุ์เพิ่งจะมีผู้สนใจกันในต้นคริสตวรรษนี้เอง และมีผู้ศึกษาค้นคว้ากันหลายคน ซึ่งสรุปได้ว่ากรรมพันธุ์น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคจิตเภท

2. ชีวเคมีของสมอง เมื่อประมาณ 10 ปีมานี้เอง มีการค้นคว้าพบบทบาทของ Neurotransmitter และ Serotonin ทั้งยังมีหลักฐานที่ชวนให้เชื่อว่าความผิดปกติของสารเหล่านี้บางตัว รวมทั้ง metabolites ของมันเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทอีกด้วย

3. การปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลในครอบครัว (Family transaction) การปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลในครอบครัวที่สำคัญคือ ระหว่างบิดา มารดา กับบุตร

ก. การที่บิดา มารดาตั้งความหวังในตัวบุตรสูงเกินไป

ข. ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารกที่ขาดตกบกพร่อง โดยเฉพาะด้านความรัก

ค. ความไม่เสมอต้นเสมอปลายของมารดา เชื่อว่าเป็นสาเหตุหนึ่ง เพราะทำให้เด็กเกิดภาวะทั้งต้องการและทั้งกลัวมารดา อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กไม่สามารถสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นได้

ง. ครอบครัวมีปัญหาทางจิต

จ. การพูดอย่างทำอย่าง มีผู้เชื่อว่าเป็นสาเหตุอีกอย่างหนึ่งของโรคจิตเภท การที่แม่พูดอย่างแต่กระทำอีกอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ดีปัจจุบันยังไม่สามารถบอกได้ว่าลักษณะของครอบครัวแบบนี้เป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัวที่เป็นโรคจิตเภท

ฉ. การที่เด็กต้องเป็นผู้รองรับความโกรธที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และได้พบนิสัยชอบโทษคนอื่น (Projection) ปฏิเสธ (denial) หรือโทษกันในครอบครัวเป็นประจำจนเกิดการลอกเลียนแบบก็เป็นสาเหตุหนึ่ง

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าโรคจิตเภทเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคล

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค (Diagnosis criteria) (วิจารณ์ วิชัยยะ บปป : 68-69)

1. ในระยะที่ป่วย จะต้องมีอาการแสดงหนึ่งอย่างในบางประการต่อไปนี้

1.1 bizare delusion การหลงผิดที่ผิดปกติอย่างมากในเนื้อหาสาระ

1.2 มีอาการหลงผิดชนิดต่างๆ ทางร่างกายหรืออาการหลงผิดอื่นๆ โดยไม่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับ Persecutory หรือ jealous หรือมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับ persecutory หรือ jealous หรือไม่ก็เกิดอาการหลงผิดชนิดต่างๆ ตามด้วยอาการประสาทหลอนชนิดไหนก็ได้

1.3 เกิดอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ ทางหูวิพากษ์วิจารณ์ถึงพฤติกรรม หรือความคิดของผู้นั้น หรือเป็นเสียงของคนสองคน หรือหลายคนสนทนากัน ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าหรือครึกครื้น

1.4 Incoherent เป็นลักษณะคำพูดที่ไม่ติดต่อกันอย่างมาก เกิดความคิดที่ปราศจากเหตุผลอย่างมาก หรือคำพูดที่หาสาระมิได้เลย หรือไม่ก็เกี่ยวข้องกับอาการอย่างหนึ่งอย่างใดในบางประการต่อไปนี้

(a) อารมณ์เฉยเมยหรือไม่สอดคล้องกับเรื่องราวต่างๆ (blunted, flat, or inappropriated affect)

(b) อาการหลงผิดประสาทหลอนในลักษณะต่างๆ

(c) Catonic หรือพฤติกรรมอื่นๆ ที่เห็นได้ว่าไม่เป็นระบบ

2. ระดับของการทำหน้าที่ต่างๆ เช่นการทำงาน การเข้าสังคมและการดูแลตัวเอง เสื่อมโทรมเมื่อเทียบกับระยะก่อนที่จะไม่สบาย

3. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เกิดอาการแสดงต่างๆ ของการป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตผู้นั้น และในขณะปัจจุบันก็ยังคงมีอาการแสดงต่างๆ บางอย่างของความไม่สบาย ช่วงระยะ 6 เดือนที่ไม่สบาย ให้รวม active phase ที่แสดงอาการต่างๆ ในข้อนี้ไว้ด้วยอาจมีหรือไม่มี prodromal หรือ residual phase ก็ได้

การดำเนินโรคมักจะเกิดขึ้นช้าๆ บอกได้ยากว่าอาการของโรคเริ่มต้นเมื่อไร ผู้ป่วยมักจะมีความเสื่อมในด้านบุคลิกภาพและประสิทธิภาพของการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งด้านการงานและส่วนบุคคลเสื่อมลง ก่อนจะเกิดอาการชัดเจน อาการมักเกิดขึ้นบ่อยๆ และเรื้อรัง อาการหลงผิดและประสาทหลอนมักเกิดขึ้นเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 40 ปี (สุวัฒนา อารีพรรค, 2524:248) ถึงแม้ว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว แต่มักจะมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและมีปัญหาในการดำเนินชีวิต

การรักษา

1. รักษาด้วยยา ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นมียาที่ใช้อยู่หลายกลุ่ม แต่ยาในกลุ่มที่ใช้บ่อยคือยาในกลุ่ม Phenothiazine ซึ่งมีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด ซึ่งออกฤทธิ์ระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง และมักจะมีอาการแย้ยา

2. การรักษาด้วยวิธีช็อคไฟฟ้า ใช้ในกรณีที่ใช้ยา Phenothiazine อย่างเดียวไม่ได้ผล หรืออาจจะรักษาด้วยวิธีช็อคไฟฟ้าเพียงอย่างเดียว

3. การรักษาด้วยกลุ่มต่างๆ เช่น Social therapy (สังคมบำบัด) Family therapy (ครอบครัวบำบัด) ฯลฯ ในแง่ของสังคมบำบัดนั้นต้องเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ในแง่ของครอบครัวบำบัดนั้นพยาบาลจิตเวชมีส่วนเข้าไปร่วมในการสร้างสัมพันธภาพของครอบครัวผู้ป่วย เพื่อช่วยให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น (Pasquali and others; 1981:540)

การพยากรณ์โรค

จิตเภทไม่ใช่โรคที่ทำให้เสียชีวิต ยกเว้นในกรณีเกิดการฆ่าตัวตาย แต่เมื่อเป็นแล้วไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (สุวัฒนา อารีพรรค, 2524:257)

การพยากรณ์โรคจะดี ถ้ามีปัจจัยในด้านส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพเดิมดี สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ดีมาก่อน อาการเริ่มเกิดในวัยกลางคน การดำเนินโรคเป็นชนิดเฉียบพลัน ยังมีแรงกระตุ้นกำลังใจ

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมดี ครอบครัว เพื่อน และฐานะทางเศรษฐกิจดี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเภทในครอบครัว

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่

คำว่า "การกลับมารักษาซ้ำ" ไม่พบว่ามีบัญญัติไว้ในพจนานุกรม แต่อาจเปรียบเทียบกับคำว่า "ป่วยซ้ำ" (Relapse) ซึ่งหมายถึงการกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย (Scott, 1986:1227) นอกจากนั้น Campbell (1981:544) เขียนไว้ว่า "การป่วยซ้ำ" (Relapse) หมายถึง การที่ผู้ป่วยซึ่งหายจากป่วยจากโรค หรือดีขึ้นจากโรคที่เป็นอยู่ แต่แล้วกลับต้องได้รับ

017788

ความทุกข์ทรมานจากอาการแสดงของโรคที่กลับเป็นขึ้นมาอีก ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การกลับมารักษาซ้ำ (Relapse) หรือหมายถึงการบุคคลหายจากโรคที่ป่วยอยู่ แต่แล้วกลับมีอาการแสดงของโรคเดิมนั้นอีก จนถึงขั้นต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดโรคอีก ซึ่งถ้าในเชิงการป่วยด้วยโรคจิตของบุคคลนั้น เลวลงหรือมีอาการแสดงของโรคจิตอีกจนถึงขั้นที่แพทย์ต้องรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลอีก หรือดังที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นมาอีก และแพทย์ได้รับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลอีก หรือดังที่ภัทรา ถิรลาภ (2530:10) ได้เขียนไว้ว่า หมายถึง "การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นมาอีก และแพทย์ได้รับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นครั้งที่ 2 หรือมากกว่านั้น"

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอาการทางจิตกำเริบขึ้นอีก จนกระทั่งแพทย์ต้องรับเข้ารักษาไว้ในโรงพยาบาลอีก หรือ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอาการการกำเริบขึ้นมาอีก และแพทย์ต้องรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นครั้งที่ 2 หรือมากกว่านั้น

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย เช่น ในด้านตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยเกิดปมด้อยในตนเอง รู้สึกว่าต้อยคุณค่า และปัญหาสุขภาพจิตก็ยังคงอยู่ นอกจากนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังตกค้าง และตกเป็นภาระของโรงพยาบาล โดยไม่มีทางหลีกเลี่ยงได้ และยังต้องเสียงบประมาณในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยเหล่านี้ ปีละจำนวนไม่น้อย (ภัทรา ถิรลาภ, 2530:3)

**บทบาทของพยาบาลจิตเวช เกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่**

จากการที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่นั้น ก่อให้เกิดผลกระทบที่ก่อความเสียหายมากมายหลายประการ เช่น ต่อตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดปมด้อย มีความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า หรือต่อสังคม เป็นต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจิตเวชในฐานะผู้ให้บริการ แก่ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่และครอบครัวผู้ป่วย จะต้องหาหนทางที่จะป้องกันหรือดำเนินการเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ลง ซึ่งการป้องกันนั้นสามารถทำได้ 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนกลับมารักษาซ้ำ เป็นระยะของการป้องกันผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่แผนกบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งพยาบาลจิตเวชที่ประจำในหอผู้ป่วยนอกควรจะให้บริการสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งสามารถทำได้ 3 ลักษณะคือ

1.1 สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล พยาบาลสามารถให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล ในขณะที่ผู้ป่วยรอคอยพบแพทย์

1.2 สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่ม โดยการใช้การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน หรือใช้อุปกรณ์การบรรยายประกอบด้วย

1.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบมวลชน ส่วนใหญ่จะใช้เสียงตามสายเป็นสื่อกลางการกระจายข่าวสารอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

2. ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตขึ้นมาอีก และถึงขั้นที่แพทย์ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เมื่อญาตินำผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล และให้ความร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ผู้รักษา โดยรับฟังความคิดเห็นและสังเกตการดูแลรักษาตามเทคนิคที่ถูกต้อง ญาติก็จะนำเอาวิธีที่ถูกต้องไปปฏิบัติที่บ้าน เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยต่อไป และถ้าจำเป็นก็กลับมาปรึกษาแพทย์ รับยาเป็นครั้งคราว ก็จะได้ผลดี และช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมมาก (ฝน แสงสิงแก้ว 2522 : 63-64)

บทบาทของพยาบาลในระยะนี้ คือ การสนับสนุนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนถึงการให้บำบัดทางจิตโดยตรง และเป็นผู้นำกลุ่มบำบัด ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อให้ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้พยาบาลยังจะต้องให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติอีก โดยสามารถปฏิบัติได้ 4 ลักษณะ คือ

2.1 การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยจะได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล ภายหลังจากได้รับการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัย ซึ่งถือเป็นขั้นตอนแรก ในการแก้ปัญหาจิตสังคมด้วยกระบวนการพยาบาล การให้ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของการพูดคุย ซึ่งทำไปพร้อม ๆ กับการสร้างสัมพันธภาพ หรืออาจจะจัดให้ตามโอกาส ตามปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าในรูปแบบการสอนผู้ป่วยข้างเตียง

2.2 สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่ม เหมือนกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

2.3 สุขภาพจิตศึกษาแบบมวลชน โดยใช้เสียงตามสาย เป็นสื่อกลางร่วมกับการกระจายข่าวสารอื่น ๆ

2.4 สุขภาพจิตศึกษาเป็นครอบครัว จะทำได้โดยเมื่อญาติผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสังเกตดูปฏิกริยาระหว่างผู้ป่วยและญาติว่ามีปัญหาไหม เช่น ถ้ามีปัญหาในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ หรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ พยาบาลจะต้องแสดงบทบาทของการเป็นที่ปรึกษาของทั้งสองฝ่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น

นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทที่สำคัญอีกประการ คือ การทำครอบครัวบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งอาจทำกลุ่มหรือเป็นรายครอบครัว ขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว

3. ระยะกลับเข้าสู่ชุมชน คือ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งรวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะเป็นการเตรียมผู้ป่วยในด้านการฝึกงาน และให้ใช้ความคิดสร้างสรรค์จนอาการดีขึ้น ก็ให้กลับบ้าน ซึ่งญาติ และชุมชนจะเป็นผู้รับช่วงต่อจากการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในชุมชนที่จะปฏิบัติได้ มีดังนี้คือ

3.1 บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น เช่น บทบาทผู้บำบัดด้านครอบครัว แบบประคับประคอง (Supportive family Therapist) โดยพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาของทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดปัญหา

3.2 บทบาทผู้บริหารเรื่องยา

นอกจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชนับได้ว่าเป็นผู้รับการศึกษาอบรมเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วย มากกว่าบุคคลอื่น ในทีมจิตเวช จึงพบว่าพยาบาลให้เวลากับงานในด้านนี้มากกว่าการพยาบาลอื่น ๆ และบางครั้งละเลยการพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรจะตัดสินใจทำได้ด้วยตนเอง (อุบล นิวัติชัย, 2527 : 260) แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลอาจจะถูกยกให้เป็นที่ปรึกษาของบุคคลอื่น เมื่อเขาเหล่านั้นยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วย

3.3 บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต

เมื่อพยาบาลจิตเวชชุมชน ถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องของสุขภาพจิต และจิตเวชระดับหนึ่ง จึงควรทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว กลุ่มบุคคล และประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคการถ่ายทอดที่ได้ร่ำเรียนมา ทำการเผยแพร่ด้วยการเป็นผู้บรรยาย เป็นผู้เขียนบทความ เป็นผู้จัดหลักสูตรการฝึกอบรมในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ตลอดจนเป็นผู้ร่วม หรือเป็นผู้ทำการศึกษาวิจัยในงานสุขภาพจิตชุมชน

นอกจากนี้ยังมีบทบาทอื่น ๆ ที่พยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติได้อีก ในชุมชนคือ บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต บทบาทผู้บริหารงานสุขภาพจิต บทบาทผู้นิเทศ และผู้ให้คำปรึกษา และบทบาทของพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (อุบล นิวัติชัย 2527 : 261)

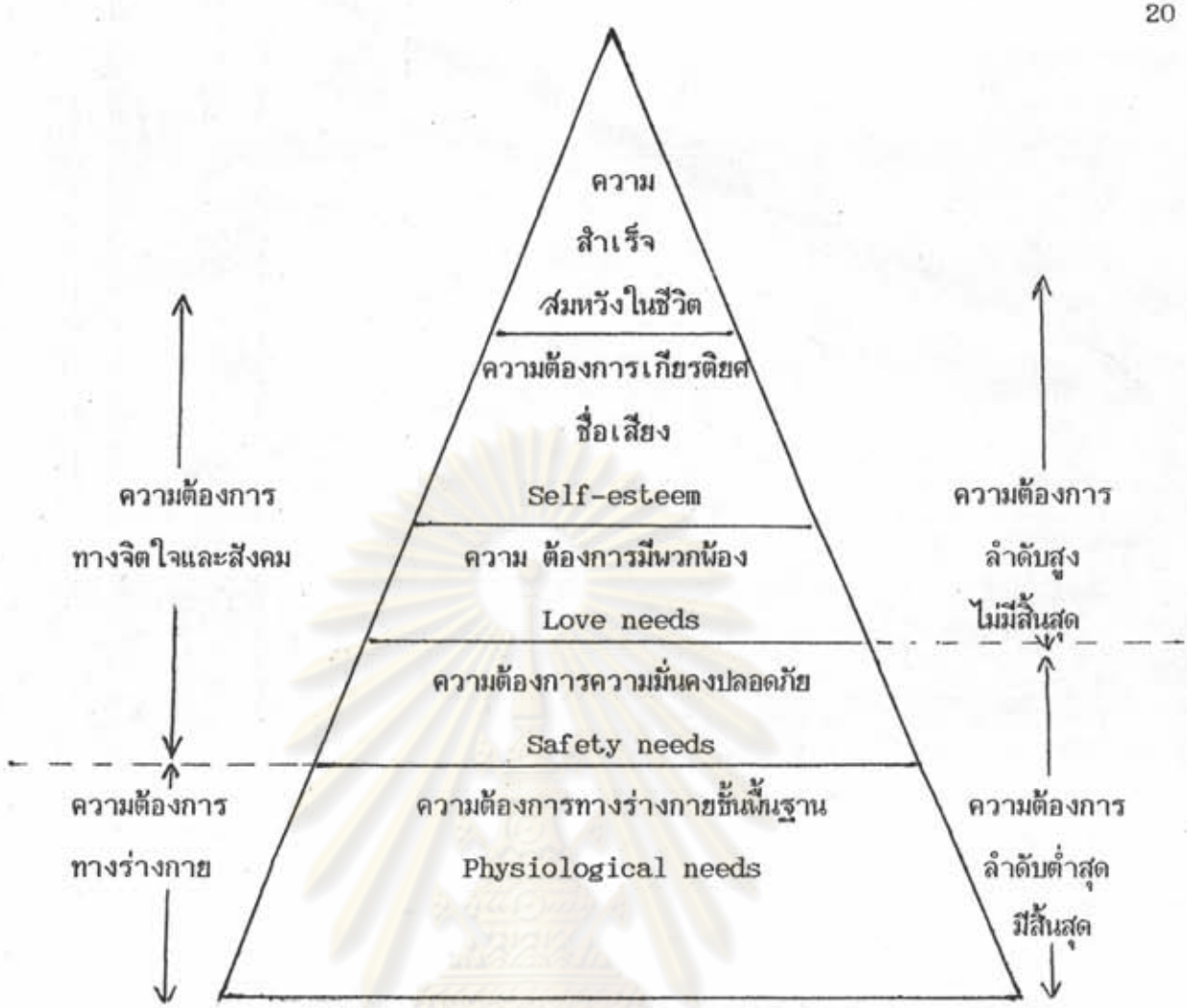
<u>ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ</u>

**เกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ**

การว่างงานเกิดจากการตกงาน หรือการไม่มีผู้ว่าจ้างให้ทำงาน เมื่อตกงานก็ทำให้ขาดรายได้ เป็นเหตุให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ว่างงานจะรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ความภาคภูมิใจในตนเองถูกบั่นทอน เป็นสาเหตุให้เกิดการดูถูกและตำหนิตนเอง การว่างงานเป็นระยะเวลานานๆ ทำให้บุคคลมีความเสื่อมโทรมเกิดขึ้นในหลายๆ ด้าน เป็นต้นว่าเสื่อมทางด้านสังคม นอกจากนี้ บุคคลที่ว่างงานมีแนวโน้มจากการไม่มีงานทำ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527:125) จะเห็นได้ว่าผลจากการว่างงานนั้นย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่มากเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่เป็นบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอยู่แล้วหากต้องประสบปัญหาด้านการว่างงานก็ก่อให้เกิดการขาดรายได้ เช่นกัน นอกจากนั้น หากดูจาก Basic human needs ตามทฤษฎีของ Maslow ก็ทำให้เห็นถึงความสำคัญของรายได้ ได้เช่นกัน

มนุษย์เราที่เกิดมาย่อมต้องมีความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic human needs) ซึ่งแบ่งออกไว้เป็น 5 ระดับ เป็นรูปปิรามิด ดังนี้ (วิเชียร ทวีลาภ, 2527: 18-20)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย




ปิรามิดแห่งความต้องการมนุษย์โดย Maslow

1. ความต้องการทางร่างกายขั้นพื้นฐาน (The physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการยังชีวิตให้อยู่รอด ซึ่งได้แก่ อาหาร อากาศ การถ่ายเท การพักผ่อน ความอบอุ่น การออกกำลังกาย รวมทั้งที่พักอาศัยความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้ร่างกายมีภาวะทางสรีรวิทยาเป็นปกติ นั่นคือ ความสมบูรณ์ทางร่างกาย ระหว่างความต้องการเหล่านี้ ความต้องการอาหารมีอิทธิพลรุนแรงต่อการพัฒนาความต้องการในระดับสูงขึ้นไปมากกว่าอย่างอื่น ความต้องการขั้นพื้นฐานนี้รวมไปถึงความต้องการทางกามารมณ์ด้วย แต่ความต้องการด้านนี้อาจไม่ถึงขั้นที่เรียกว่าจำเป็นต่อการยังชีวิต เช่น อาหาร และอากาศ

2. ความต้องการในความมั่นคงและปลอดภัย (Safety needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต ทรัพย์สิน และการงาน ซึ่งมีอิทธิพลมาจากภาวะแวดล้อม ความปลอดภัยและความมั่นคงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความทุกข์ทรมานทุกชนิด การเจ็บป่วยรุนแรงในวัยเด็ก การเฉยเมยไม่เอาใจใส่ของบิดา มารดา การทะเลาะเบาะแว้ง การแตกแยกใน

ครอบครัว การทุบตี การข่มขู่ ที่เกิดขึ้นเสมอ ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพมาก ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ปราศจากความมั่นคงในตนเองและสังคม

3. ความต้องการมีพวกพ้อง (The Love needs) หมายถึง ความต้องการเป็นที่รักและต้องการรักคนอื่น ความรักในที่นี้จะเริ่มต้นจากความรักของบิดา มารดา ญาติพี่น้องในครอบครัว และเมื่อเจริญเติบโตขึ้นก็ต้องการที่จะเป็นที่รักของเพื่อนฝูง และได้รับการยอมรับเข้าร่วมในสังคมด้วย ฉะนั้นความรู้สึกจึงเป็น Social need อย่างหนึ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) จะช่วยทำให้มนุษย์สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ด้วย ความอบอุ่นมั่นใจและยินดีร่วมมือในกิจกรรมของส่วนรวม

4. ความต้องการมีเกียรติยศ ชื่อเสียง (Ego needs or The needs for self-esteem) หมายถึง ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องนับถือว่ามีความสำคัญจากครอบครัว เพื่อนฝูงและสังคม

5. ความต้องการความสำเร็จสมหวังในชีวิต (The needs for self actualization or self-fulfilment) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดที่มนุษย์จะพึงมีได้ นั่นคือความต้องการรู้พลังความสามารถของตนเองว่าจะเจริญพัฒนาต่อไปอย่างไม่มีวันสิ้นสุด เพื่อความสมบูรณ์สมหวังของชีวิต (Self actualization) ความต้องการระดับนี้นับเป็นการพัฒนาจิต ซึ่งต้องใช้พลังอันสูงสุด จึงจะทำให้มนุษย์สามารถทำงานสำเร็จได้

Maslow เชื่อว่า ความต้องการของมนุษย์จะเจริญเป็นขั้น ๆ ไปตามลำดับ มนุษย์จะไม่เจริญพัฒนาถึงขั้นที่ตนต้องการ Self-esteem จะไม่เกิดขึ้น ถ้าเขาไม่ได้รับความพอใจในความต้องการขั้นต่ำลง เช่น อดอยาก ขาดความรัก ความมั่นคงของชีวิตในวัยเด็ก และความต้องการขั้น Self-actualization ก็จะไม่มีทางเกิดขึ้นได้เลย เมื่อความต้องการขั้นต่ำไม่ประสบผลสำเร็จ

ดังนั้นพอจะสรุปได้ว่า ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในขั้นที่ 1 และ 2 สามารถบรรลุเป้าหมายหากบุคคลมีรายได้เพียงพอที่จะจับจ่ายใช้สอยในชีวิตประจำวันของตนโดยไม่เดือดร้อนหรือเป็นหนี้ใคร และเมื่อบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายในขั้นที่ 1, 2 ก็จะทำให้เขาสามารถบรรลุความต้องการในขั้นที่ 3 ถึง 5 ได้ ผู้ป่วยจิตเภทก็เช่นกัน หากเขามีรายได้ของตนเองที่จะพอจับจ่ายใช้สอย หรือไม่มีรายได้ย่อมมีผลการะทบต่อสุขภาพจิตของเขาได้เช่นกัน

ในด้านฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวเรามักพบว่า เศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญของสังคม และความเป็นอยู่ของคนเราอย่างใกล้ชิด เพราะคนเราย่อมต้องการของบางอย่างมาใช้เพื่อความอยู่รอดและความสะดวกสบายของชีวิต มนุษย์ทุกสังคมจึงต้องมีการผลิต การจำหน่ายและการบริโภค

ความต้องการบริโภคของมนุษย์ทุกคนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นความจำเป็นที่ร่างกายต้องการอาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรคและที่อยู่อาศัย สิ่งต่างๆดังกล่าวสี่ประการถือว่าเป็นปัจจัยสี่ของมนุษย์ นอกจากนั้นแล้วมนุษย์มีความต้องการซื้อสรรพสิ่งต่างๆเพื่อความสุขทางด้านจิตใจอีกด้วย จึงเห็นได้ว่าผู้บริโภคมีความต้องการสินค้าและบริการขึ้นเรื่อยๆไม่มีที่สิ้นสุด (ยอดยิ่ง ดงทอง, 2524:10)

มนุษย์ทุกคนที่อาศัยอยู่ในสังคมจะต้องเผชิญกับความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากมนุษย์ทุกคนต้องเป็นผู้บริโภค ในวัยเด็กและวัยศึกษาอาจมีความจำเป็นน้อยกว่าในวัยที่มีครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามก็จะต้องเผชิญกับภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากความเป็นผู้มีรายได้จำกัดแต่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายบริโภคสินค้าและบริการต่าง ๆ มากมาย ความจำเป็นทางเศรษฐกิจอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ ความจำเป็นขั้นมูลฐานและความจำเป็นตามสภาพแวดล้อม (ยอดยิ่ง ดงทอง, 2524:19)

1. ความจำเป็นขั้นมูลฐาน ความจำเป็นขั้นมูลฐานเป็นสิ่งที่ผู้บริโภคต้องการสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความสุขและความสะดวกสบายสมควรแก่อัตภาพ ดังนั้นทรัพย์ที่จะสนองความจำเป็น ขั้นมูลฐานได้แก่ ปัจจัยสี่คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค

2. ความจำเป็นตามสภาพแวดล้อม ความจำเป็นทางเศรษฐกิจอย่างหนึ่งอาจเกิดขึ้นตามสภาพแวดล้อม เช่น เมื่ออาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ การเดินทางอาจไม่สะดวกทำให้จำเป็นต้องมีรถยนต์ส่วนตัว แต่การที่ผู้บริโภคต้องการรถยนต์ส่วนตัวมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาการจราจรติดขัดฯ สภาพแวดล้อมทำให้ผู้บริโภคต้องการสินค้าและบริการแปลก ๆ ใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นอีกมากมาย นอกจากความต้องการที่เกิดจากความจำเป็นขั้นมูลฐาน

ประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนามักจะประสบปัญหาเศรษฐกิจ เนื่องจากคนในประเทศยากจน นอกจากนั้นแล้วในสังคมชนบทเรามักจะพบกับความยากจนของประชาชน เมื่อมีความยากจนก็ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยตามมาด้วย (ชุดา จิตพิทักษ์, 2528 : 113-114) เนื่องจาก

1. ผู้มีรายได้น้อยมักมีการศึกษาต่ำ ขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ ไม่มีความรู้ว่าสารอาหารชนิดใดที่จำเป็นแก่ร่างกายและจำเป็นอย่างไร บางครั้งมีความเชื่อผิด ๆ

2. ผู้มีรายได้น้อย มักขาดเงินที่จะซื้ออาหารมาบริโภค เนื่องจากอาหารบางประเภทมีราคาแพง เช่นเนื้อสัตว์

3. เมื่อมีการเจ็บป่วยผู้มีรายได้น้อยไม่กล้าไปหาแพทย์ กลัวจะเล่าอาการได้ไม่ถูกต้อง มักจะหนีปัญหาด้วยการให้บุคคลใกล้เคียง (หมอเถื่อนหรือหมอตี๋) เป็นผู้ดูแลก่อน

4. เพราะความยากจน บางครั้งก่อให้เกิดความกังวล หรือความไม่สบายใจแก่ผู้ป่วยในเมื่อแพทย์จะให้การรักษาที่ถูกต้อง กลัวว่าจะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล เขาจะปฏิเสธการรักษาของแพทย์ทันทีโดยบอกว่าไม่มีเงิน

5. แพทย์ได้รับคำถามจากผู้ป่วยและญาติอยู่เสมอว่า โรคที่เขาเป็นอยู่จะรักษาหายหรือไม่ และกี่วันจึงจะหาย

6. เพราะความยากจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาตรวจตามกำหนดนัดของแพทย์ได้ เพราะเมื่อกลับมาใหม่จะต้องเสียค่าพาหนะเพิ่มอีกหลายครั้งทั้งของตัวเขาเองและญาติที่มามา การผิดนัดของผู้ป่วยจึงเป็นปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างมากประเด็นหนึ่ง

จากประเด็นทั้ง 6 ดังกล่าวจะเห็นว่าเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำอยู่เรื่อย ๆ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมักจะเป็นบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจยากจน เรามักพบว่ากลุ่มคนที่มาจากสังคมเศรษฐกิจยากจนมักจะประสบกับความวิตกกังวลสูง เนื่องมาจากต้องการเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากปัญหาการว่างงาน (Haber et al, 1982 : 445)

**เหตุการณ์ในชีวิต**

จะเห็นได้ว่ามนุษย์เราตั้งแต่เกิดจนกระทั่งถึงสิ้นอายุขัยนั้นต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตมากมาย ซึ่งบางเหตุการณ์ก็ทำให้เกิดความเครียดมาก บางเหตุการณ์ก็ก่อให้เกิดความเครียดน้อยขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใด ผู้ป่วยจิตเภทก็เช่นกันก็ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตมากมายซึ่งก็ย่อมทำให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน

**ความเครียด (Stress)**

เป็นภาวะการณ์ที่ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่เราทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เพราะตลอดชีวิตของคนเรานั้นประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกร่างกายตลอดเวลาการเปลี่ยนแปลงทำให้เราต้องมีการปรับตัว การปรับตัวทำให้เกิดความเครียดขึ้น และถ้าการปรับตัวล้มเหลวก็ทำให้เกิดภาวะอารมณ์วิกฤตขึ้นได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า มนุษย์เราทุกคนตั้งแต่เริ่มต้นเกิดขึ้นมาเป็นทารกน้อยจนกระทั่งถึงวัยชรา จะต้องพบกับเหตุการณ์ชีวิตต่าง ๆ มากมายนานับประการ

มนุษย์ทุกคนมักจะประสบกับความเครียดไม่มากก็น้อย มีผู้กล่าวว่าความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต เพราะช่วยกระตุ้นร่างกายและจิตใจให้มีปฏิกิริยาตอบสนอง และผลของการกระตุ้นนี้เองที่ทำให้มีการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดพัฒนาที่ดีต่อการดำรงชีวิต แต่ถ้ามีความเครียดตลอดเวลา และต่อเนื่องเป็นเวลานาน กลับจะเป็นโทษ กล่าวคือ อาจทำให้สภาวะสุขภาพจิตเลวลงจนถึงขั้นเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและจิต

นักทฤษฎีหลายท่านได้กล่าวถึงความหมายของความเครียด ดังเช่น สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2527 : 92) กล่าวว่า "ความเครียด" คือ การสนองตอบของร่างกายที่ระบุอย่างชัดแจ้งไม่ได้ต่อการกระทำทั้งหลายที่มีต่อร่างกาย"

Jusmin และ Trygstad (1979) ได้ให้ความหมายของคำว่า "ความเครียด" ไว้ว่า คือ ภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นได้ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง และพบได้ทั่วโลก ไม่ว่าเราจะต้องการหรือไม่ควบคุมได้หรือไม่ และทำให้การปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ กระบวนการเปลี่ยนแปลง และการปรับตัวนี้เป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิต เป็นส่วนสำคัญพื้นฐานของการมีชีวิตและการพัฒนา

สาเหตุของความเครียด อาจแบ่งได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ ๆ คือ สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล และสาเหตุจากภายในบุคคล

1. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล

สิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลที่เป็นต้นเหตุแห่งความเครียดมีหลายประเภท เช่น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและมนุษยสัมพันธ์ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินชีวิต

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของรอบตัวเราที่เราสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า เช่น สภาพอากาศ แสง เสียง อาจทำให้ร่างกายไม่สุขสบายเกิดความเครียด นอกจากมลภาวะที่เป็นพิษ เช่น ควันพิษ เสียงที่ดังเกินขนาด มีส่วนทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ภาวะขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค เป็นสาเหตุของความเครียด

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ

การสังคมและการมีความสัมพันธ์กับคนในแวดล้อม อาจช่วยลดความเครียด หรือทำให้เกิดความเครียดได้ในขณะเดียวกัน ความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งและโต้เถียงกัน เป็นสาเหตุของความเครียดในครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ที่แออัด ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ อันเป็นต้นเหตุความเครียด สิ่งเหล่านี้ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความเครียดที่เกิดจากการสังคมและความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ทั้งสิ้น

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่น ๆ

เราเคยเข้าใจกันว่า ความเครียดทางอารมณ์มักจะเกิดจากเหตุการณ์เลวร้ายเท่านั้น แต่โดยความจริงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เช่น การแต่งงาน การมีบุตร การมีบ้านใหม่ การสร้างครอบครัวใหม่ ฯลฯ เป็นเหตุการณ์ที่สร้างความเครียดทางอารมณ์ เช่นกัน เหตุการณ์ต่าง ๆ นี้ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว การปรับตัวทำให้คนเราเกิดความเครียด ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ สภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี และสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความรันทดใจ

นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์อื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงและทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ การเปลี่ยนบ้านที่อยู่อาศัย เปลี่ยนโรงเรียน เปลี่ยนนิสัยการหลับนอน เปลี่ยนกิจกรรมทางสังคม ทำผิดกฎหมายเล็ก ๆ น้อย ๆ มีเรื่องบาดหมางกับคนในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท เหล่านี้เป็นต้นเหตุของความเครียดได้เช่นกัน

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล

มีความเครียดส่วนหนึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลเป็นต้นเหตุ มีปัจจัยหลาย ๆ อย่างในตัวบุคคลซึ่งเป็นเหตุของความเครียด เช่น โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา ระดับพัฒนาการและการรับรู้ของบุคคล

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา

โครงสร้างของร่างกายเป็นส่วนที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษบางคนรับเอาแต่ส่วนด้อยของพ่อแม่ ทำให้ร่างกายเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ทำให้การแก้ปัญหาทำได้ไม่ดีนัก ทนทานต่อสภาวะเครียดได้ไม่ดี เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการ

การพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความสำคัญต่อการปรับตัว ความเครียด ถ้ามีพัฒนาการที่ดี ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้

2.3 การรับรู้และการแปลเหตุการณ์

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ กลัว โกรธ เกลียด ถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายถูกกระตุ้น และมีการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา การที่เราจะมีอารมณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ของเรา เหตุการณ์อย่างหนึ่งทำให้คนสองคนรับรู้ได้ไม่เหมือนกัน และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลสองคนมีความต้องการขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกัน

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ยังมีเหตุของความเครียดอื่น ๆ ได้อีก (Pasguali, 1981 อ้างถึงในสุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527 : 97) คือ สิ่งคุกคามต่อภาพพจน์ของบุคคล ความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวไม่ได้ การสูญเสีย และการเปลี่ยนแปลง

ความเครียดทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม คือ ทำให้อารมณ์แปรปรวน ความคิดอ่านสับสน ความจำเสื่อม การรับรู้บกพร่อง และบิดพริ้ว นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ ทำให้เกิดพฤติกรรมบ่งบอกถึงความแปรปรวนของจิตใจ อารมณ์และในที่สุดอาจทำให้บุคคลเกิดโรคประสาท และโรคจิตในที่สุด

**ภาวะวิกฤตทางอารมณ์** (Emotional Crisis)

ในการดำรงชีวิตประจำวันของคนเรา เรามักจะพบกับภาวะการณ์ต่าง ๆ มากมาย ทำให้มนุษย์เราต้องการมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งภาวะการณ์บางอย่างอาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ขึ้นได้ ถ้าหากว่ากลไกในการปรับตัวของเราล้มเหลว

โดยทั่ว ๆ ไป ภาวะวิกฤตจะหมายถึง ภาวะคับขัน ภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติทางด้านสุขภาพจิต จะหมายถึง ภาวะของจิตใจ อารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เป็นภาวะของจิตใจ อารมณ์ที่เคร่งเครียด คับขันไม่สบายใจอันเดิง (Joan King, 1971 : 249 อ้างถึงใน

ทัศนา บุญทอง, 2525 : 99) ได้ให้ความหมายของภาวะวิกฤติว่า "เป็นภาวะของการสูญเสียความสมดุลย์ทางอารมณ์" นอกจากนี้ โคลล์คิงตัน (Coddington, 1972, quoted in Habes et al , 1982 : 999) กล่าวว่า การตายของบิดา มารดา นับว่าเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่สำคัญยิ่งของเด็ก ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนต่อสุขภาพจิตเด็กอย่างชัดเจน

ชนิดของภาวะวิกฤตทางอารมณ์ แบ่งออกได้ตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิด ดังนี้ (ทัศนา บุญทอง, 2525 : 104 - 105)

1. Internal Crisis (Development Crisis) คือ ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากภายในบุคคล เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงต่าง ๆ ของชีวิตที่ดำเนินไปตามขั้นตอนของการพัฒนาในชีวิต ไม่อาจเลี่ยงได้ เรียกอีกชื่อว่า Maturational Crisis ซึ่งเป็นขั้นตอนของการพัฒนาการของชีวิตตั้งแต่เกิดจนชราภาพ คนเราต้องผ่านช่วงชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง ทำให้คนเราต้องปรับตัว

2. External Crisis (Situational Crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากสาเหตุภายนอกบุคคล หรือเกิดจากเหตุการณ์เฉพาะที่ แต่มีผลกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของบุคคลโดยตรง เช่น การคลอดบุตรก่อนกำหนด คลอดบุตรพิการ ตั้งครรภ์โดยไม่ได้แต่งงาน ฯลฯ

3. Adventitious Crisis ภาวะวิกฤตที่เกิดจากภัยพิบัติอื่น ๆ ทั้งที่เกิดโดยไม่คาดฝัน เกิดไม่บ่อย อาจมีได้ทั้งที่เป็นภัยพิบัติตามธรรมชาติ และจากที่มนุษย์สร้างขึ้นมาเอง เป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกโดยทั่วไป เช่น ไฟไหม้ อุทกภัย ฯลฯ

สรุปแล้วภาวะวิกฤตนั้นเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการใหญ่ ๆ คือ จากบุคคล และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีผลทำให้เกิดการปรับตัวของมนุษย์

เคพเพลน (Caplan, quoated in Haber, el.al, 1982 : 307) กล่าวว่า การเกิดภาวะวิกฤตนั้นมี 4 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

1. ระยะที่ 1 เป็นระยะที่บุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งรบกวนก่อให้เกิดความวิตกกังวล บุคคลพยายามจะปรับตัวและใช้กลไกการแก้ปัญหาธรรมดาไว้ในการแก้ภาวะวิกฤต ถ้าปรับตัวไม่สำเร็จ ถ้าปรับตัวไม่สำเร็จก็จะเข้าสู่ระยะที่ 2

2. ระยะที่ 2 เป็นระยะที่บุคคลมีความวิตกกังวลมากขึ้น เกิดความล้มเหลวในการใช้กลวิธีทางจิตในการแก้ปัญหาในระยะที่ 1 บุคคลเริ่มไม่สามารถควบคุมตัวได้ ถ้าล้มเหลวก็จะเข้าสู่ระยะที่ 3 ต่อไป ระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลควรได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

3. ระยะที่ 3 บุคคลพยายามจะเคลื่อนย้ายแหล่งพลังงานทั้งภายในและภายนอก และพยายามหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ขึ้น หรือ พยายามทำความเข้าใจกับภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น เพื่อจะใช้วิธีการแก้ไขแบบเดิม การแก้ไขปัญหานี้อาจทำให้ระดับการทำงานของบุคคลเพิ่มขึ้น หรือลดลง พบได้ในระยะก่อนเข้าสู่ระยะปกติ แต่ถ้าล้มเหลวก็จะเข้าสู่ระยะที่ 4

4. ระยะที่ 4 เมื่อความพยายามในการแก้ไขภาวะวิกฤตล้มเหลว และยังมีปัญหาติดตามมาอย่างต่อเนื่อง ความวิตกกังวลก็จะเพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึงระดับหวาดกลัวอย่างรุนแรง (panic levels) เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมไปในทางไม่ดี

ภาวะวิกฤตมีระยะเวลาจำกัด ควรจะต้องได้รับการแก้ไขภายใน 6 สัปดาห์ ภาวะวิกฤตช่วยให้มีศักยภาพในการพัฒนาชีวิต บุคคลที่สามารถควบคุมหรือจัดการกับภาวะวิกฤตของตนได้ หรือได้รับความช่วยเหลือจากผู้รู้ สามารถที่จะพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา และเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ปาหนัน บุญ-หลง, 2527 : 63)

ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นว่า ความเครียดและภาวะวิกฤตทางอารมณ์เป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้บุคคลถึงกับอาจจะป่วยเป็นโรคจิต ดังนั้นเหตุการณ์ในชีวิตดังกล่าวย่อมจะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ หรือปรับตัวไม่ดีก็อาจจะทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อีก

**การแสดงออกทางอารมณ์**

ชีวิตของมนุษย์ ถ้าปราศจากอารมณ์ก็จะเป็นชีวิตที่เนือย ๆ เป็นชีวิตที่ไม่มีความรู้สึกอะไร มนุษย์เราทุกคนล้วนมีอารมณ์ เป็นต้นว่า ดีใจ เสียใจ ตกใจ ตื่นเต้น กลัว ฯลฯ นักปรัชญาในสมัยก่อนได้พยายามชี้ให้เห็นถึงความเกี่ยวพันกันในระหว่างอารมณ์และแรงจูงใจ คือ มนุษย์จะเสาะแสวงหาความสุขและจะหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดทั้งหลาย ทั้งนี้เนื่องจากความจริงที่ว่า มนุษย์จะพยายามกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้ตัวเองมีความสงบสุขและมั่นคง และในเวลาเดียวกันมนุษย์จะพยายามขจัดความไม่สบายใจ ความเจ็บปวด ความขุ่นข้องหมองใจทั้งหลายออกไปให้พ้น

**ความหมายของอารมณ์**

มีผู้ให้ความหมายของอารมณ์ไว้มากมาย เช่น

โรเบิรต์ อี ซิลเวอร์แมน (วินเวอร์แมน 2526 : 257) กล่าวว่า อารมณ์ คือ ภาวะที่อินทรีย์ (Organism) ถูกเร้าทำให้เกิดการตอบสนองที่เรียกว่า ผลกระทบจากสิ่งเร้าไม่ว่าผลกระทบนั้นจะหนักหรือเบาก็ตาม ก็จะทำให้เกิดปฏิกิริยาขึ้นได้

โดยสรุป อารมณ์หมายถึง ภาวะการณ์ที่กระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งผลกระทบจากสิ่งเร้าไม่ว่าจะมากหรือน้อย ก็จะทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ได้

**พฤติกรรมที่เกิดจากอารมณ์**

เมื่อเกิดอารมณ์ขึ้นคนเรามักจะมีปฏิกิริยาหลายอย่างซึ่ง จะมีการแสดงออกด้วยกัน 3 ประเภท (สุชา จันทร์เอม, 2527 : 113-114)

1. ปฏิกิริยาภายนอก (Explicit Reaction) เป็นปฏิกิริยาที่เห็นได้ชัดเจน และรุนแรง ได้แก่

1.1 ในรูปของการทำลาย เช่น ขว้างปา ทุบตี ด่าว่า ทำร้าย

1.2 ในรูปของความยินดีและเต็มใจเช่น กอดรัด

1.3 แบบ Nonverbal เช่น เดินหนี หลบหนีไม่พูดไม่คุย หน้าบึ้งตึง ฯลฯ

1.4 ในรูปของน้ำเสียง (Vocal Expression) เช่น สั่นรัวดัง ๆ

2. ปฏิกิริยาภายใน (Implicit Reaction) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากอวัยวะภายใน (Viscera Change) เช่นการทำงานของต่อมต่าง ๆ ระบบหมุนเวียนโลหิต

3. ความจดจ่อ (Awareness) เมื่อเรามีอารมณ์ผูกพันอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เรามักจะเอาใจจดจ่อกับสิ่งนั้นจนสนใจสิ่งอื่นน้อยลงไป

**ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว**

เมื่อสมาชิกในครอบครัวหรือญาติคนใดคนหนึ่งของผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ย่อมมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและตัวผู้ป่วยเช่นกัน

สัมพันธภาพ (Relationship) มีความหมายถึง กระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่ การที่บุคคล 2 คน หรือมากกว่า 2 คน ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยและติดต่อข้องเกี่ยวกัน ในระยะเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งอาจเป็นเดือน เป็นปีหรือตลอดไป ขึ้นอยู่กับชนิดของสัมพันธภาพและใยสัมพันธภาพของบุคคลทั้ง 2 สัมพันธภาพของบุคคลทั่ว ๆ ไป อาจจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท คือ สัมพันธภาพเพื่อการสังคม (Social Relationship) และสัมพันธภาพเพื่อประกอบวิชาชีพ (Professional Relationship) สัมพันธภาพทั้ง 2 ประเภทนี้มีความแตกต่างกันในวัตถุประสงค์และกระบวนการ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว 2527 : 66)

สัมพันธภาพเพื่อการสังคม (Social Relationship) เป็นสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมทั่วไป เกิดขึ้นได้เมื่อเรามีการรวมกลุ่มกัน เป็นสัมพันธภาพเพื่อการตอบสนองความต้องการรวมกลุ่มของมนุษย์ซึ่งเป็นสัตว์สังคม จำเป็นต้องอยู่รวมกลุ่มกัน การเริ่มต้นและการดำเนินไปของสัมพันธภาพเป็นไปตามเกณฑ์ ระเบียบและความนิยมของสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่นและวัฒนธรรม เราทุกคนคุ้นเคยกับสัมพันธภาพรูปแบบนี้ เพราะทุกคนมีครอบครัว มีเพื่อน มีญาติ ๆ

ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวเป็นรากฐานของความสุขแห่งหนึ่ง เป็นรากฐานของความเป็นปึกแผ่นแห่งสังคมของประเทศชาติ ชีวิตสังคมตั้งต้นมาจากครอบครัว ถ้าครอบครัวแตกแยกหรือครอบครัวขาดความผูกพันรักใคร่ต่อกัน ชีวิตในสังคมก็จะแตกแยก (ธนาน หัสศิริ และคณะ 2525 : 25)

ความหมายของครอบครัว มีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายท่าน ดังเช่น

พิชญ์ สมพวง (2526 : 10) ครอบครัวเป็นสถาบันเก่าแก่ที่สุด และเป็นสถาบันทางสังคมสถาบันแรกของมวลมนุษย์ ซึ่งเป็นลักษณะการรวมกลุ่มแบบปฐมภูมิ สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันประดุจใยแมลงมุม ครอบครัวจะต้องประกอบด้วยบุคคลต่างเพศ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางเพศซึ่งกันและกัน มีระยะเวลายาวนานพอที่จะทำให้เกิดบุตรธิดาได้ สถาบันครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่จะแผ่ขยาย และสืบทอดสังคมให้ยืนยาวต่อไปได้

วิรัตน์ ศรีนพคุณ (2526 : 6) ครอบครัว กลุ่มคนตั้งแต่ 2 คน หรือ มากกว่า อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต การสมรส การเป็นเพื่อน การเป็นญาติ รวมทั้งการเป็นบุตรบุญธรรมด้วย และอ้างถึงเบอร์เกสส์ (Bergess) กับล็อค (Lock) ซึ่งให้ความหมายของครอบครัวว่ามีลักษณะ 4 ประการ คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วย บุคคลที่มารวมกัน โดยการสมรส หรือมีความผูกพันทางสายโลหิต

2. สมาชิกของครอบครัวอยู่เรือนเดียวกัน หรือบางครั้งแยกกันไปอยู่ต่างหาก

3. มีความสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

4. สมาชิกในครอบครัวมีการถ่ายทอดวัฒนธรรม และรับแบบของความประพฤติที่ปฏิบัติต่อกัน

นอกจากนั้นครอบครัวยังหมายถึง ระบบสังคมย่อยซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันด้วยเหตุทางกฎหมาย และความสัมพันธ์ทางสายโลหิตมาอยู่ร่วมกันเป็นเวลานานกว่า 1 ปี (Gross 1986 : 3705 B อ้างถึงใน อารีรัตน์ ช้าอยู่, 2533 : 25)

โดยสรุป ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยในสังคมซึ่งต้องประกอบไปด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาอาศัยอยู่ร่วมกัน มีความผูกพันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย และอยู่ร่วมกันตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

ครอบครัว เป็นหน่วยสำคัญของสังคมหน่วยหนึ่ง ซึ่งสังคมจะสงบสุขหรือไม่นั้นขึ้นกับครอบครัวด้วยเช่นกัน เฮเล่ย์ (Haley อ้างใน อุไรวรรณ พันธุ์ประพันธ์, 2523 : 222) กล่าวถึงขบวนการในการกำหนดความสัมพันธ์ของครอบครัวที่ควรจะเป็นว่า หลักการนี้ต้องอาศัยความพยายามของคู่สามี-ภรรยา ในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ทั้งคู่จะต้องหลีกเลี่ยงการข่มขู่ การโจมตี การหลบหนี ซ่อนเร้น การต่อต้านไม่ได้ให้ความช่วยเหลือและขัดขวางต่อความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง เมื่อคู่สมรสมีบุตร ความสัมพันธ์ในลักษณะรูปสามเหลี่ยมก็จะก่อปัญหาต่าง ๆ ตามมา บุตรจะเป็นผู้กำหนดความสัมพันธ์ในลักษณะรูปสามเหลี่ยมขึ้น จะเป็นตัวกำหนดถึงปฏิสัมพันธ์ที่เสียหน้าที่ระหว่างบุคคล (Fogaty 1975 : 41-49, qoted in Haber, et.al. 1982 : 327) นอกจากนี้ขนาดของครอบครัวซึ่งใหญ่เท่าไร การกระจายความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็มากขึ้นเท่านั้น ความขัดแย้งภายในครอบครัวก็มีมากขึ้น (Barsard and Boll, quoted in hurlock and Bergner 1974 : 636) ซึ่งอธิบายได้ดังในรูปที่ 1

รูปที่ 1 แสดงถึงขนาดของครอบครัวยิ่งใหญ่มากขึ้นเท่าใด การปะทะสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวก็ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น

ในครอบครัวขยาย (Extended Family) ยังมีญาติพี่น้องของฝ่ายสามีหรือภรรยาอาศัยรวมกันในครอบครัวเดียวกัน ย่อมก่อให้เกิดความตึงเครียด และการขัดแย้งซึ่งกันและกันมากขึ้น บางครั้งอาจอยู่ในลักษณะเก็บกดและซ่อนเร้นแต่บางครั้งออกมาในลักษณะเปิดเผย ทั้งรุนแรงหรือไม่รุนแรง ก่อให้เกิดความตึงเครียดและความไม่สงบสุขแก่บุคคลในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวที่ไม่มั่นคงพอย่อมขาดดุลยภาพ เกิดความคลอนแคลนและอาจแตกหักได้ในที่สุด (อุไรวรรณ พันธุ์ประพันธุ์, 2523 : 233)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า หากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทยิ่งมีขนาดใหญ่มากขึ้นเพียงใด ความสัมพันธ์ของครอบครัวก็อาจมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย กล่าวคือ ถ้าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในสภาพสมดุลย์ ทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยก็จะอยู่ในครอบครัวได้อย่างสงบสุข แต่ถ้าครอบครัวขาดความสมดุลย์ย่อมมีผลเสียต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจจะกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ถ้าสมดุลย์ในครอบครัวเสียไป

**ลักษณะสังคมไทย**

ความแตกต่างกันในด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนลักษณะครอบครัวอาจมีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ลักษณะสังคมไทยและครอบครัวไทยอาจให้ผลที่แตกต่างกันของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในต่างประเทศและของประเทศไทย จึงขอกล่าวถึงลักษณะสังคมไทยอย่างคร่าว ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

นักวิชาการได้ลงความเห็นว่าสังคมไทยเป็นสังคมที่มีสมาชิกมีจุดศูนย์รวมอยู่ที่ตัวเองเป็นสำคัญ (Self-Centered) เสริน ปุณหะหิตานนท์ อ้างถึงใน (เรืองรัตน์ ปัญญายง, 2526 :1) และมีวัฒนธรรมแบบอำนาจนิยม (Authoritarian Culture) (ทินมัทย์ นาคะตะ, 1975 : 55-60 อ้างถึงใน เรืองรัตน์ ปัญญายง, 2526 : 1)

ในระดับครอบครัวได้มีผู้ให้ความเห็นไว้เป็น 2 แนวทางด้วยกัน คือ ดร.ทินมัทย์ นาคะตะ ได้ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่าครอบครัวไทยเน้นการปกครองภายในครอบครัวแบบอัตตาธิปไตย (Autocracy) ผู้มีอำนาจสูงสุดในครอบครัว คือ พ่อ หรือหัวหน้าครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเป็นไปในลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใหญ่ และผู้น้อย (Superior Subordinate relationships) โดยทั่วไปความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างเด็กกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (พ่อแม่ ญาติพี่น้อง) มักจะเน้นที่การเคารพและเชื่อฟังผู้มีอาวุโส ตลอดจนความสุภาพอ่อนโยน (ทินมัทย์ นาคะตะ 1975 : 64 อ้างถึงใน มนูญ ศิริวรรณ, 2519 : 25) ส่วนอีกทางหนึ่งนั้น

เป็นไปในทางตรงข้าม กล่าวคือ ดร.กลม สมวิเชียร (2516 : 46) มีความเห็นว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวกับญาติที่น้องของไทย มีลักษณะ "ตามสบาย" คือไม่ตายตัว (Rigid) หรือมีกฎเกณฑ์แน่ชัดที่แก้ไขไม่ได้หรือแก้ยากอย่างญี่ปุ่น และจีน หน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นในครอบครัวหรือต่อสังคม แม้จะไม่ถึงขนาดไร้กฎเกณฑ์รายละเอียด แต่ก็ไม่ถึงกับเป็นสิ่งที่บุคคลจะต้องยึดถือปฏิบัติอย่างไม่มีทางหลีกเลี่ยง พ่อมีฐานะเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จริงแต่ความเป็น "หัวหน้า" ของบิดาไทยมีลักษณะผิดกับต่างชาติอยู่มาก กล่าวคือ อำนาจของพ่อแม่ไม่ใช่อำนาจที่มากมายและเด็ดขาดขนาดที่คนอื่นจะต้องเชื่อฟังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความเป็นหัวหน้าของพ่อมีลักษณะเป็น "สัญลักษณ์" มากกว่าและจะมีแม่เข้ามาใช้อำนาจร่วมกันในหลายกรณี โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับเงินทองและการเลี้ยงดูลูก บางครั้งรวมไปถึงการให้การศึกษาในด้านต่าง ๆ แก่ลูกด้วย

นอกจากนี้คนไทยโดยทั่วไปแล้วเป็นคนรักสงบ รักสันติ และเป็นคนใจเย็น ไม่ชอบการใช้กำลังรุนแรงยกเว้นแต่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น คนไทยนิยมการหว่านล้อมค่อยพูดค่อยจา และประณีประนอมกันมากกว่าที่จะบังคับหักหาญด้วยกำลัง แม้แต่ผู้ใหญ่หรือผู้มีอำนาจ เวลาต้องการให้ผู้น้อยทำอะไรก็มักจะใช้วิธีพูดกันดี ๆ ก่อน ถ้าพูดดีแล้วไม่เชื่อจึงจะใช้วิธีขู่ ถ้าขู่แล้วไม่ได้ผลก็อาจใช้กำลังเข้าบังคับ ซึ่งจะถือว่าเป็นกรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จริง ๆ เท่านั้น การไม่นิยมวิธีการรุนแรงยังเป็นผลสืบเนื่องมาจากนิสัย "ขี้เกรงใจ" โดยทั่วไปแล้วคนไทยมีลักษณะเกรงใจคนอื่น มีอะไรก็ไม่ค่อยกล้าพูดตรง ๆ เพราะไม่อยากสร้างความไม่พอใจให้คนอื่น ลักษณะนี้ทำให้คนไทยไม่นิยมการใช้วิธีการก้าวร้าวรุนแรง และเห็นว่าการทำเช่นนี้เป็นการไม่มีมารยาท ลักษณะนี้แสดงให้เห็นในวิถีประจำวันของคนไทย เช่น คำพูดว่า "ไม่เป็นไร" และการนับน้องนับพี่ นับญาติกันไปหมดทั้งที่ไม่ได้เป็นญาติพี่น้องกัน (มนูญ ศิริวรรณ, 2519 : 41)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบันนี้การรักษาพยาบาลโรคจิตนั้นเจริญก้าวหน้ามากขึ้น จนกระทั่งถึงขั้นการที่สถานบำบัดทางจิตเวชสามารถส่งผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่ในชุมชน และครอบครัวของเขาได้เป็นระยะ ๆ แต่ในด้านทัศนคติของชาวบ้านโดยทั่วไปยังคงมีความรังเกียจผู้ป่วยจิตเภทอยู่บ้าง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวรรณ ต. สกุล (2524 : 74) ที่พบว่า ทั้งญาติและผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตนี้เป็นที่รังเกียจของสังคม เป็นที่น่าละอาย เป็นปมด้อย

นอกจากนี้ วัชนี หัตถพนม และคณะ (2529 : 68) ยังพบว่า บุคคลในละแวกบ้านผู้ป่วยไม่ค่อยเข้าใจผู้ป่วย เมื่อเพื่อนบ้านรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตก็รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย และในงานวิจัยของอุดม ลักษณะวิจารณ์ และคณะ (2527 : 45 -47) ที่ศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่โรงพยาบาลนานเกิน 5 ปี เมื่อวันที่ 18-22 กรกฎาคม 2526 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประชากรทั้งสิ้น 869 คน จากโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นโรคจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ และปัญหาที่พบคือ ปัญหาที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม มีผู้ป่วยหลายรายที่ญาติมาเยี่ยม ส่งเงินมาให้ใช้ แต่ไม่ยอมรับผู้ป่วยกลับ เพราะกลัวว่าจะเป็นภาระแก่ครอบครัว และเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นโรงพยาบาลจะไม่ยอมรับเข้ารับการรักษา (Readmission) หรือคนไข้บางรายกลับบ้านแล้วไม่ได้รับความเข้าใจ เห็นใจ จากผู้อื่นเหมือนกับอยู่ในโรงพยาบาล จึงกลับมาอีก และจากงานวิจัยของวัชนี หัตถพนม (2529 : 79) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ร้อยละ 78.67 ญาติมีความลำบากใจ และมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 84 ญาติคิดว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญของญาติมากและร้อยละ 42.64 ญาติอยากให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไป

ส่วนในด้านรายได้ของผู้ป่วยจิตเภท งานวิจัยของ วัชนี หัตถพนม และคณะ (2529 : 68) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำสวน ทำไร่ หรือรับจ้าง และพบว่า ผู้ป่วยมีรายได้อยู่ในช่วง 1-500 บาท ต่อเดือนมากที่สุด รองลงมาตั้งแต่ 501-1,000 บาท ซึ่งสังเกตเห็นว่าจำนวนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งนับว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้ต่อหัวของประชากรไทย และผลการสรุปของงานวิจัยนี้ พบว่ารายได้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ด้านฐานะเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ จารุวรรณ ต. สกุล (2524 : 57) พบว่า ร้อยละ 60.61 ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีรายได้พอดีกับรายจ่าย และร้อยละ 27.27 มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย

งานวิจัยในต่างประเทศที่ทำการศึกษาถึงเหตุการณ์ในชีวิต ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ งานวิจัยของ ลีฟ และคณะ (Leff et al 1973 : 659 - 660) ที่ศึกษาเรื่องเหตุการณ์ในชีวิต และการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วย 4 ใน 13 คน หรือ ร้อยละ 31 ที่มีอาการกำเริบหลังจากลดยาหรือหยุดยา

thiazine เคยมีประวัติเหตุการณ์ในชีวิต (Life event) ในช่วง 3 อาทิตย์ก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ซึ่งก็สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลีฟ และแวน (Leff and Vaughn, 1980 : 146 - 153) ที่ทำการศึกษาเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต และการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตและทัศนคติในเรื่องอารมณ์ของญาติเกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงของญาติหรือมีเหตุการณ์ในชีวิตที่สำคัญ และงานวิจัยของโกดอน ปาคเกอร์ และแมทเตอร์ (Parker and Mater 1986 : 82 - 86) ที่ศึกษาเรื่องการทำนายการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัด 2 ตัว พบว่า การทำนายการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทใช้ตัวชี้วัด 2 ตัว คือ การแสดงออกทางอารมณ์ ส่วนอีกตัวหนึ่งคือ เครื่องมือวัดความสัมพันธ์ของบิดา มารดา ที่มีต่อผู้ป่วย (The Parental Bonding Instrument or PBI) ซึ่งสรุปผลออกมาว่า ตัวชี้วัดทั้ง 2 จะสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และงานวิจัยของเฮอร์สและเมลลิวี (Herz and Melville, 1980 : 803) ที่ศึกษาเรื่องการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า จากการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรวดเร็ว ที่เป็นเหตุการณ์สำคัญ โดยสอบถามจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 145 ราย และญาติ 80 ราย ปรากฏว่าประมาณร้อยละ 33 ของทั้งผู้ป่วยและญาติสามารถบอกได้ถึง ภาวะเครียดในชีวิต เช่น การสูญเสีย การตกงาน ปัญหาชีวิตสมรส ฯ ซึ่งมีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย และประมาณร้อยละ 2 ของผู้ป่วยเกิดการกลับป่วยซ้ำเนื่องจากหยุดยา หรือใช้ยาผิด และจากการศึกษาในประเทศซาอุดิอาระเบีย ของ อัลคานิ และคณะ (Alkhani, et. al. 1986 : 12-22) เรื่อง เหตุการณ์ในชีวิตและผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผลการวิจัยให้ผลทางบวกเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์และการเกิดอาการเฉพาะในหญิงที่แต่งงานแล้ว และพบว่ามีแนวโน้มว่าจะให้ผลคล้ายคลึงกันในหญิงและชายโสดที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก และพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจะพบกับเหตุการณ์ชีวิตในช่วง 3 อาทิตย์ก่อนเกิดอาการ

จากงานวิจัยจะเห็นว่า เหตุการณ์ในชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำ ถึงแม้ว่างานวิจัยนั้นจะทำในคนละประเทศหรือคนละทวีปก็ตาม

ส่วนในด้านฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีงานวิจัยของ ฟารีส และดันฮาน (Faris and Dunhan, 1939, quoted in NEALE and OLTMANNS, 1980 : 292) พบว่า อัตราการป่วยเป็นโรคจิตเภทจะยิ่งสูงขึ้นในสังคมชั้นต่ำ โดยพบผู้ป่วยจิตเภทจำนวน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

I13851757

322 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในสังคมชั้นกลาง แต่จะพบมากยิ่งขึ้นในสังคมชั้นต่ำถึง 700 คน ต่อประชากร 100,000 คน และในด้านความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวนั้นมีงานวิจัยของ วิค และ เบอร์รี่ (Ricks' and Bery, 1970, quoted in NEALE OLTMANNS' 1980 : 318) ซึ่งศึกษาถึงสภาพแวดล้อมในครอบครัวของเด็กที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นจิตเภท พบว่ามีผู้ป่วย 45 ราย มีแนวโน้มว่าจะป่วยเป็นจิตเภทชนิดเรื้อรัง และอีก 55 ราย สามารถกลับไปสู่ชุมชนได้ และเขาได้สรุปว่าปฏิสัมพันธ์ที่บกพร่องในครอบครัวก่อให้เกิดการพัฒนาเป็นโรคจิตเภท

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย