



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเครียดเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนสุขภาพจิต ตามแนวคิดของ แฮนส์ เซลเย่ (Hans Selye 1956:53-54) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางชีวเคมีและต่อมไร้ท่อ และได้ชื่อว่าเป็นบิดาของการศึกษาเรื่องความเครียด กล่าวว่า ความเครียดคือ กลุ่มอาการที่แสดงถึงปฏิกิริยาตอบสนองสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งอาจจะออกมาในรูปของการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น เคร้า โกรธ กระสับกระส่าย คับข้องใจ ในรูปของปฏิกิริยาทางพฤติกรรม เช่น การทำงานเปลี่ยนแปลงไป ซากสมาธิ หลงลืม ทำงานได้น้อยลง ในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ซึ่งอาจนำไปสู่อาการต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง และสุดท้ายคือ การตอบสนองในระดับความคิด เช่น ซากความภาคภูมิใจในตัวเอง และนำไปสู่ความรู้สึกหมดหวัง เกิดเป็นความซึมเศร้าอย่างรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือแม้แต่อาจจะถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

ด้วยลักษณะของการตอบสนองต่อความเครียดดังกล่าว ความเครียดจึงเป็นที่มาของปัญหาสุขภาพจิตได้ ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โรงพยาบาลจิตเวชเป็นสถาบันทางสังคมที่สามารถให้บริการในการป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่หก พ.ศ. 2530-2534 ว่าด้วย แผนพัฒนาคุณภาพคนและแรงงาน ได้ระบุไว้ว่า รัฐมีนโยบายสนับสนุนการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี : 82-89)

ประชาชนกลุ่มหนึ่งที่น่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพจิต คือ ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพราะเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากความเครียด

คิงที่ เบิร์นไฮม์ และ เลวิน (Bernheim and Lewine 1979:163) กล่าวว่า ครอบครัวยุคใหม่ที่มีสมาชิกภายในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท ได้ตกอยู่ในความเครียดอย่างรุนแรง (Severe stress) เป็นเวลาหลายเดือนหรือหลายปี และพ้องกับที่โคโซลิโน และ นิวซ์เพอร์ไลน์ (Cozolino and Nuechterlein 1986:137) พบว่า ครอบครัวยุคใหม่เครียดอย่างมาก ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยทั่ว ๆ ไปที่ทำให้เกิดความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพอพิจารณาได้หลายประการ ทั้งในด้านโครงสร้างของครอบครัว พฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว สมาชิกของครอบครัวได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตสนใจอย่างมากเกี่ยวกับอิทธิพลของครอบครัวในการ เป็นสาเหตุหรือเหตุเสริมความผิดปกติทางจิต และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเอง มักจะมีผลต่อบุคคลในครอบครัวด้วย (Makanjuola 1987:363) การที่สมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ทำให้เพิ่มความเครียดให้กับครอบครัว

สำหรับความรุนแรงของโรคจิตเภท (Schizophrenia) นั้น โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่เรื้อรัง และรุนแรงมากที่สุด (สุวิทนา อารีพรพรค 2524 : 237) จนบางคนเรียกว่าเป็น มะเร็งของจิตเวช (Cancer of psychiatry) เบเคอร์ (Baker 1989:35) พบว่า โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อผู้ป่วยเองและครอบครัวก็ได้ตกอยู่ในสถานการณ์ของความเครียด

ในด้านแนวโน้มของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ก็มีส่วนสร้างความเครียดให้กับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท แนวโน้มดังกล่าวนี้คือ การให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่รักษาตัวในครอบครัว และชุมชน ถ้าจำเป็นต้องรับผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้พยายามใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด และรีบจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว ซึ่งตรงข้ามกับสมัยก่อน ที่มักจะรับผู้ป่วยจิตเวชไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างยาวนานหรือบางคนอยู่โรงพยาบาลตลอดชีวิต ในภาษาอังกฤษ เรียกแนวโน้มนี้ว่า "Deinstitutionalization" ซึ่งเริ่มต้นเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1955 เป็นผลจาก ความต้องการให้ผู้ป่วยโรคจิต มีความเป็นมนุษย์มากขึ้น ลดการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีขอบเขตจำกัดลง ลดความแออัดของผู้ป่วยที่มากเกินไป เจ้าหน้าที่ที่จะดูแลได้ทั่วถึงในโรงพยาบาล นักวิชาชีพทางสุขภาพจิต เริ่มมองญาติผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือคนแรก (Primary care givers) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท (Bernheim and Lewine 1979:147-8; Creer 1978:233; Francell, Conn and Gray 1988:1296;

Harter 1988:19; Lefley 1987:1068) โดยเปลี่ยนจากทัศนคติทางลบในอดีต ที่มองว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นแหล่งขององค์ประกอบของสาเหตุความเจ็บป่วย ของผู้ป่วย โรคจิตเภท (Alger 1986:443; Beels and McFarlane 1982:541; Harter 1988:19; Stuart and Sandeen 1987:319) แต่ตำแหน่งการเป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือคนแรกนี้ เป็นตำแหน่งที่ยากลำบาก สำหรับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท (Francell, Conn and Gray 1988:1296) เพราะทำให้เกิดภาวะของครอบครัว เป็นความตึงเครียดที่ สมาชิกของครอบครัวประสบ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้จำนวนมาก เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือ ไร้สมรรถภาพอย่างรุนแรง หรือมีอาการแสดงทางจิตเวชอย่างรุนแรงเป็นระยะ ๆ (Kane 1984:20) ต้นเหตุของภาวะของครอบครัว ได้แก่ ความอับอายทางสังคมที่มีญาติป่วยเป็น โรคจิต, ความตึงเครียดทางเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายในการรักษา และความรับผิดชอบของพ่อแม่ เครือญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วย (Goldman 1982:557)

ประการท้ายสุดที่จะกล่าวถึง คือ ทัศนคติและความเชื่อต่อโรคจิตเภทซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ สิ่งหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความเครียด ญาติผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความเครียดได้จากทัศนคติทางลบ และความเชื่อผิด ๆ ที่มีต่อโรคจิตเภทได้ เช่น ในสังคมของชาวไนจีเรียนี้ ถือว่า ผู้ป่วยจิตเวช เป็นความโชคร้ายอย่างรุนแรง จนกระทั่งคนที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจะต้องไปรับการรักษา และพยายาม ทำทุกขั้นตอนที่จะรักษาสถานการณ์ของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ นอกจากนี้ ในครอบครัวที่ภรรยา เป็นโรคจิต ญาติของฝ่ายผู้ชาย จะพยายามให้ชีวิตการแต่งงานลื่นสุลลง เนื่องจากความกลัวว่า โรคจิตจะถ่ายทอดไปสู่บุตร การป่วยเป็นโรคจิตของภรรยา จึงดูเหมือนว่า จะนำไปสู่ความ เสื่อคร่อนอย่างมหันต์ในชีวิตครอบครัว (Makanjuola 1987:367-371) สำหรับทัศนคติ ทางลบ มีงานวิจัยสนับสนุนหลายเรื่อง อาทิ ในการสำรวจทัศนคติของชาวอาหรับจำนวน 91 คน ต่อการเจ็บป่วยทางจิต ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบต่อสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด สนิทสนมกับผู้ป่วย (Shurka 1983:101) จากการศึกษาถึงทัศนคติของประชาชน จำนวน 108 คน ต่อการเจ็บป่วยทางจิต ผลการศึกษาคือ ทัศนคติของประชาชนต่อการเจ็บป่วยทางจิต ออกมาในรูปของการปฏิเสธไม่ยอมรับมากกว่าการยอมรับ และการปฏิเสธไม่ยอมรับของสังคม เพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Nieradzic and Cochrane 1985:23) และในการวิจัยเกี่ยวกับการตอบสนองของครอบครัวชาวญี่ปุ่น ต่อความผิดปกติทางจิตนั้น ได้จาก

การสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 100 คน ที่เข้าอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่เดือน มีนาคม 1980 ถึง มิถุนายน 1981 ปรากฏว่า ครอบครัวมีแนวโน้มจะไม่ยอมรับความเจ็บป่วย ทางจิต แม้ว่าความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตจะลดลงในทศวรรษที่ผ่านมา การที่สมาชิก คนหนึ่งของครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ดูเหมือนจะมีผลทางลบต่อครอบครัวประมาณครึ่งหนึ่งของ ครอบครัวทั้งหมด (Asai 1983:257)

การที่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียด นอกจาก จะเป็นปัญหาสุขภาพจิตของญาติ เองแล้ว ยังมีผลเสียต่อยุ่ป่วยโรคจิตเภทด้วย เพราะพฤติกรรมของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ย่อมมีอิทธิพลต่อกันและกันดังกล่ามาแล้วข้างต้น ในวงการจิตเวช ได้เห็นความสำคัญของการ คุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผู้ป่วยมานานแล้ว ซึ่งมีศัพท์เฉพาะว่า "ครอบครัวบำบัด" หรือ Family Therapy อย่างไรก็ตาม ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ได้มีการพิจารณาใหม่อีกครั้ง ถึงวิธีการ และเป้าหมายของครอบครัวบำบัดในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ภายหลังจากที่มีการค้นพบว่า ญาติที่มีการแสดงออกของอารมณ์อย่างมาก (High expressed emotion หรือ High EE) มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำ โดยให้หลีกเลี่ยงวิธีการเดิมที่ใช้ใน ครอบครัวบำบัด ซึ่งเน้นเกี่ยวกับการค้นหาความขัดแย้งทางอารมณ์ในอดีตภายในครอบครัว เพราะไม่ได้ผลดีในการรักษาผู้ป่วย มีแต่จะเพิ่มความเครียดให้แก่ญาติ ด้วยญาติรับรู้เหมือนกับ ว่าตนถูกตำหนิว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภท ปรับเปลี่ยนเป็นวิธีการที่ใช้ กันมาก คือ กลุ่มให้การศึกษาระดับครอบครัว (Psycho-Educational Group หรือ Supportive-educational group) ซึ่งจะช่วยให้ญาติมีโอกาสระบายความทุกข์ยาก และปัญหาต่าง ๆ ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รู้และเข้าใจธรรมชาติของโรคจิตเภท รู้จักอาการเริ่มแรกของการป่วยซ้ำ และได้พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา เป็นต้น ทำให้ความเครียด ของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง และอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงด้วย ซึ่งมีการ วิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นว่า การให้ความช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผลในการลด ความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทและลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย (เช่น Falloon, et al. 1983:45; Geiser, Hoche and King 1988:291-295; Leff, et al. 1982:121-134; Pakenham and Dadds 1987:580-590; Spencer, et al. 1988:1115-1121)

ด้วยเหตุผลทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย ในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวชคนหนึ่ง ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวช จึงต้องการที่จะศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยการศึกษาให้ทราบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดเกิดขึ้นหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และมีสาเหตุมาจากอะไรบ้าง

นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยศึกษาเรื่องสาเหตุความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ยังจะมีคุณประโยชน์อย่างมากในการเพิ่มพูนความเข้าใจญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะเมื่อกำหนดของสถาบันสุขภาพจิต (National Institute of Mental Health หรือ NIMH) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ก็ได้ระบุให้ การวิจัยของนักวิจัยทางการแพทย์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องที่จะช่วยปรับปรุงความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต (Fitzpatrick 1988:38) การวิจัยครั้งนี้ จึงนับว่าเป็นก้าวแรกที่สำคัญ อันจะนำไปสู่ก้าวอื่น ๆ ในการจัดบริการทางสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วยจิตเวช และญาติต่อไป

แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด

ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความเครียดเกิดขึ้นได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ทุกคน เพราะมีสิ่งต่าง ๆ มากมายสามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ไม่ว่าระดับ ผลที่ตามมาของความเครียดส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับระดับและความยาวนานของความเครียดที่คงอยู่ ดังที่ มอร์แกน (Morgan 1986:321) กล่าวว่า ความเครียดในระดับน้อย ๆ ช่วยการปรับตัว แต่ความเครียดที่มีระดับมากขึ้น ณ จุดหนึ่งความเครียดนั้น จะกลายเป็นความทุกข์ และที่ซิมบาร์โดและรัช (Zimbardo and Ruch 1979:537) กล่าวว่า ความเครียดที่มากเกินไปในเวลาเดียวกันหรือความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ความเครียดนั้นจะกลายเป็นปัญหาที่รุนแรงได้

ความหมายของความเครียดตามที่ เซลเย่ (Selye 1976) อ้างถึงใน



ส่วนนี้ เกี่ยวถึงแกว่ 2527 : 92) กล่าวไว้คือ "ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งมีลักษณะการตอบสนองที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล"

ส่วนเมอร์เรย์ และฮูเอลสคอเอทเทอร์ (Murray and Huelskoetter 1987: 325) ได้สรุปแนวความคิดและความหมายของความเครียดไว้ดังต่อไปนี้คือ ความเครียดเป็นภาวะทางร่างกายและอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลจากผลของการดำเนินชีวิต โดยเน้นที่ภาวะทางร่างกายและอารมณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือต่อความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีลักษณะการตอบสนองที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

สำหรับซิลเวอร์แมน (Silverman 1985:394-397) ได้กล่าวถึงความหมายของความเครียดว่า เป็นการตอบสนองภายในของแต่ละบุคคลที่มีต่อความกดดัน ที่รู้สึกว่ามีมากเกินไปจนเกินความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวได้ เรียกว่าเกิด "ภาวะของความเครียด"

สาเหตุของความเครียด

ดาร์เลย์, กลักส์เบอร์ก และ คินชลา (Darley, Glucksbery and Kinchla 1986 : 531-535) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดหรือตัวกระตุ้นความเครียด (Stressors) ออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. สาเหตุทางค่านร่างกาย ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ความหิวและเสียงอึกทักครึกโครม

2. สาเหตุทางค่านจิตใจ ได้แก่ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สร้างความปวดร้าวใจ เหตุการณ์ในชีวิต ความลำบากที่เรื้อรัง ความขัดแย้งในใจ และความคับข้องใจ

เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สร้างความปวดร้าวใจ เป็นสถานการณ์ที่อันตรายเป็นพิเศษ ตัวอย่างเช่น อุทกภัย แผ่นดินไหว สงคราม อุบัติเหตุ การถูกรบกวนร่างกาย ถูกปองร้าย หมายชีวิต และถูกข่มขืน

เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต หมายถึง เหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่ทำลาย หรือ คุกคามต่อกิจกรรมปกติของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เป็นความสุข เช่น การสำเร็จการศึกษา การแต่งงาน การคลอดบุตรคนแรก และการปลดเกษียณ หรือว่าเป็น

เหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น การหย่าร้าง ความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ การเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นหรือลดลง และการเปลี่ยนงาน

ความลำบากที่เรื้อรัง ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นได้จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความลำบากที่เรื้อรัง เป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลต้องปรับตัวมากขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความยากจน ความเคียดแค้นในชีวิตสมรส ความเป็นอยู่อย่างแออัด เสียงดังในชุมชนเมือง ความกดดันจากงาน และสุขภาพที่เจ็บป่วยอยู่เรื่อย ๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้เป็นปัญหาที่ต้องการการปรับตัว

สภาพการดำรงชีวิตประจำวัน ก็มีสิ่งต่าง ๆ มากมายที่เป็นสาเหตุของความเครียด เช่น ควันบุหรี่ ความกังวลเกี่ยวกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น ความหวงโยนอนาคตของใครคนหนึ่ง และความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของคนอื่น

ความขัดแย้งในใจ (Conflict) เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของความเครียด เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางเลือกขึ้นไป ที่คนมีความพอใจเท่ากัน แต่ต้องเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น หรือในการเลือกสิ่งหนึ่งจะต้องทำอีกสิ่งหนึ่ง ที่ไม่อยากจะทำด้วย หรือไม่อย่างใดก็ไม่อยากทำทั้ง 2 อย่าง แต่ต้องเลือกเอาอย่างหนึ่ง หรือมีสิ่งให้เลือก 2 อย่าง แต่ละอย่างต่างมีทั้งสิ่งที่อยากได้และไม่อยากได้

ความคับข้องใจ (Frustration) คือการที่บุคคลพบอุปสรรค ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดได้ สาเหตุของความคับข้องใจมี 5 ประการ คือ

1. ความล่าช้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่เน้นเรื่องการตรงต่อเวลา
2. การสูญเสีย (Loss) เช่น การตายของคนที่เรา รัก สูญเสียความเป็นเพื่อนเมื่อออกจากโรงเรียนหรือย้ายไปอยู่ที่อื่น ความสูญเสียทำให้เกิดความโศกเศร้า (Grief) และความคับข้องใจด้วย เพราะทำให้รู้สึกว้าวมืดหวังและเตือนว่ามนุษย์ไม่สามารถควบคุมอะไรหลาย ๆ อย่างที่มีผลต่อชีวิตของตน

3. ขาดคุณสมบัติ เช่น ความสามารถและความมีเสน่ห์ ที่มนุษย์มีความเชื่อว่าจำเป็นต่อสถานะและคุณค่าของตน

4. ความล้มเหลว มนุษย์จะคับข้องใจมากกว่าคนที่ส่วนรับผิดชอบต่อความล้มเหลวนั้น โดยคิดว่าถ้าเพียงใดทำอย่างนี้แทนอย่างนั้น ความล้มเหลวคงไม่เกิดขึ้น

5. ความไม่มีความหมายของชีวิต ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะค้นพบความหมายของชีวิตในทุก ๆ ด้าน ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ มีผู้คนมากมายที่ไม่ได้ทำงานที่มีความหมายต่อชีวิต

นอกจากนี้ เมอร์เรย์ และ ฮูเอลสคอเอทเตอร์ (Murray and Huelskoetter 1987 : 325) ได้รวบรวมสาเหตุของความเครียดไว้ 8 ด้าน ดังต่อไปนี้ คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical) เช่น อุณหภูมิของอากาศร้อนหรือหนาวจัด เสียง แสง การเคลื่อนไหว
2. ด้านสารเคมี (Chemical) เช่น ความเป็นด่าง กรด ยา สารพิษต่าง ๆ สอร์โมน แก๊ส หรือมลภาวะของอาหาร น้ำ
3. ด้านจุลินทรีย์ เช่น เชื้อโรคจำพวกไวรัส แบคทีเรีย พยาธิ หรือเชื้อโรคอื่น ๆ
4. ด้านสรีระของร่างกาย เช่น ขบวนการของโรค การผ่าตัด การเป็นอัมพาต ใช้อวัยวะของร่างกายทำหน้าที่มากเกินไปหรือน้อยไป หรือความเจ็บปวด
5. ด้านจิตใจ เช่น ความกังวลเกี่ยวกับเรื่องการแข่งขัน หรือ ความตาย เหตุการณ์ที่เงินต้นมาถึง, การมีอารมณ์บางอย่างอย่างรุนแรง, ความวิตกกังวล หรือ ความรู้สึกไม่เป็นสุขอื่น ๆ , ภาพพจน์ของร่างกายผิดเพี้ยนไป, สิ่งต่าง ๆ ที่คุกคามคอมโนทัศน์เกี่ยวกับคน , ความคาดหวังของผู้อื่นต่อพฤติกรรม, การไม่เป็นที่ยอมรับ หรือการแยกจากกันของคนที่รัก, การเปลี่ยนแปลงบทบาท, ความทรงจำเกี่ยวกับประสบการณ์ทางลบในอดีต, ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจริง ๆ หรือที่เกิดจากการรับรู้
6. ด้านพัฒนาการ เช่น พัฒนาการไม่สมวัย และขบวนการสู่ความชรา
7. ด้านสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความกักกันทางสังคมและวัฒนธรรม, สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ปรองดองกัน, แรงกดดันจากสังคมที่เจริญด้วยเทคโนโลยีซึ่งมีการแข่งขันสูง การ

ย้ายถิ่นฐาน ขนบธรรมเนียม ประเพณีทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป, ความกดดันจากงาน, ความกังวลทางเศรษฐกิจ, ความไม่แน่ใจในบทบาททางเพศ

8. ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การไม่มีค่าจ้างแรงงาน มลภาวะของอากาศและน้ำ, ความแออัด, สาธารณภัย, สงคราม หรือ อาชญากรรม

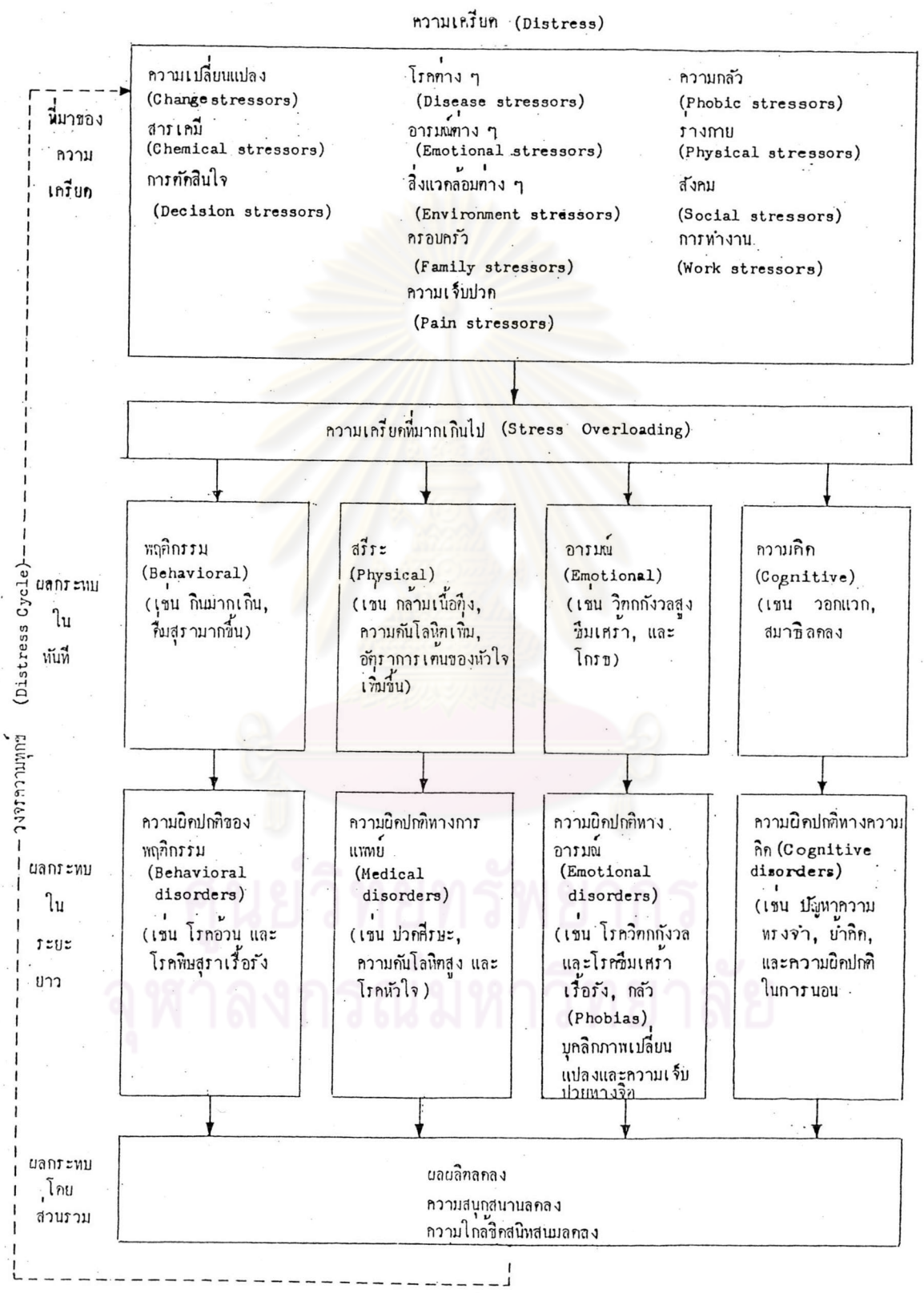
ปฏิกิริยาและการปรับตัวของร่างกายเมื่อมีความเครียด

เมื่อมีความเครียดและกลยุทธการเผชิญปัญหาและการปรับตัวใช้ไม่ได้ผล บุคคลก็จะประสบกับการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด (Cognitive) อารมณ์ (Affective) พฤติกรรม (Behavioral) สังคม (Social) และสรีระของร่างกาย (Physiological) ถ้าความเครียดยังคงอยู่ต่อไป แสดงว่าร่างกายปรับตัวไม่ได้ และหากไม่สามารถระงับความเครียดได้ อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยและอาจถึงแก่ความตายได้ (Perko and Kreigh 1988:407)

มอร์แกน และคณะ (Morgan, et al. 1986:323-324) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาและการปรับตัวของร่างกายเมื่อมีความเครียดในรูปแบบของ วงจรความเครียด และวงจรความสับสน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 และ 2 ต่อไปนี้

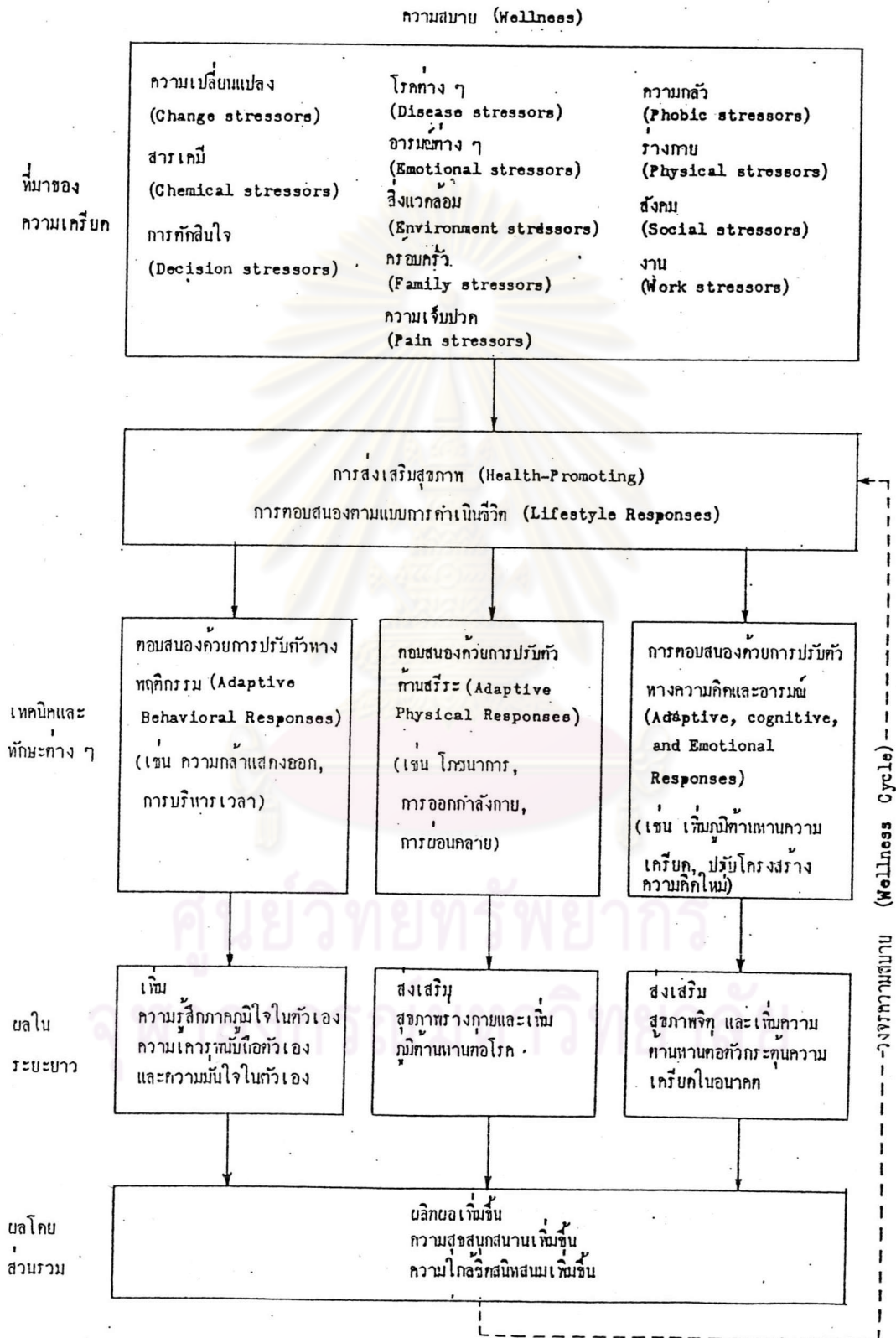
ศูนย์วิทยพัชยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฉบับที่ 1 วงจรความเครียด



The distress cycles (From Charlesworth & Nathan 1984)

แบบฉบับที่ 2 วงจรความสบาย



The wellness cycle (From Charlesworth & Nathan 1984)

จากแผนภูมิที่ 1 และ 2 จะเห็นได้ว่า การปรับตัวกับความเครียดไม่ได้ จะทำให้ปฏิกิริยาออกมาในทางลบทั้งด้านพฤติกรรม สรีระ อารมณ์ และความคิด ก่อให้เกิด ความไม่สุขสบายและความทุกข์ ตรงกันข้าม ถ้ามนุษย์มีวิถีทางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การตอบสนองของร่างกายก็จะออกมาในรูปของการปรับตัวได้ ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2

ปาหนัน บุญ-หลง (2528 : 94) ได้กล่าวว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะปรากฏปฏิกิริยาต่าง ๆ ได้หลายลักษณะ เช่น

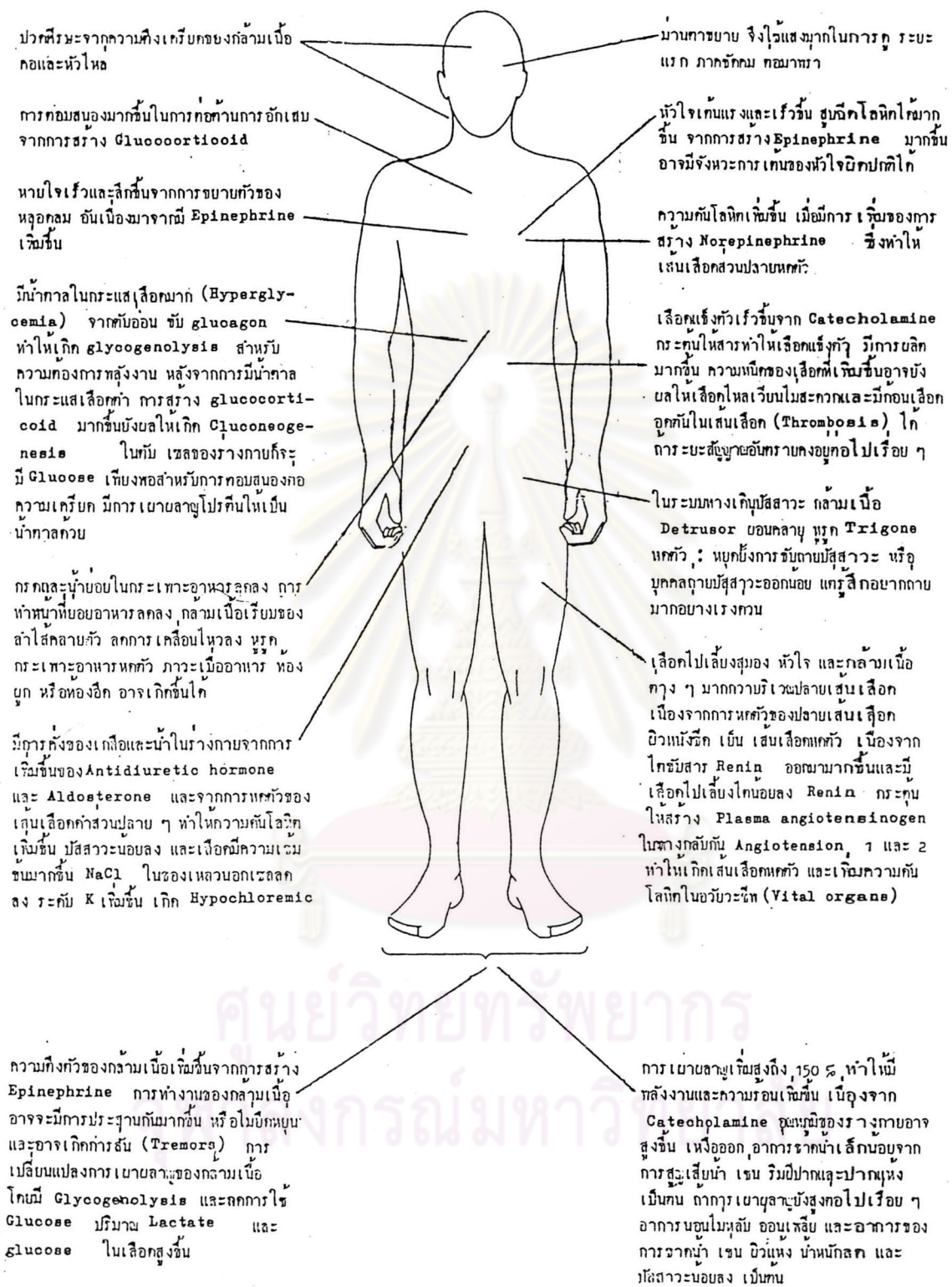
1. อารมณ์ จะเปลี่ยนแปลงไป เช่น เศร้า โกรธ หรือกังวล
2. การเคลื่อนไหว ความเครียดทำให้ร่างกายมีการเตรียมพร้อม จึงมีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ หรือการพูดจะติดปากไป
3. สรีระ จะมีการเพิ่มของฮอโมนจากต่อมหมวกไต คือ จะมี Epinephrine และ Nor-epinephrine เพิ่มขึ้น ชีพจร และความดันโลหิตจะสูงขึ้นด้วย
4. การรับรู้ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น จะทำให้การรับรู้เสียไป รวมทั้งการตัดสินใจด้วย แต่จะรุนแรงแค่ไหน ขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด สำหรับความเครียดเพียงเล็กน้อยหรือระดับกลางจะส่งเสริมการรับรู้ด้วย

ตามแนวความคิดของ เซลีย์ (Selye) ได้อธิบายถึงปฏิกิริยาและการปรับตัวของร่างกายเมื่อมีความเครียด ว่าเป็นกลุ่มอาการของการปรับตัวโดยทั่ว ๆ ไป ที่เรียกว่า General adaptation syndrome (GAS) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ และเมอร์เรย์และมูเอลสคอกเฮมเตอร์ (Murray and Huelskoetter 1987:326-329) ได้รวบรวมไว้ อย่างเป็นทางการมหาวิทยาลัย

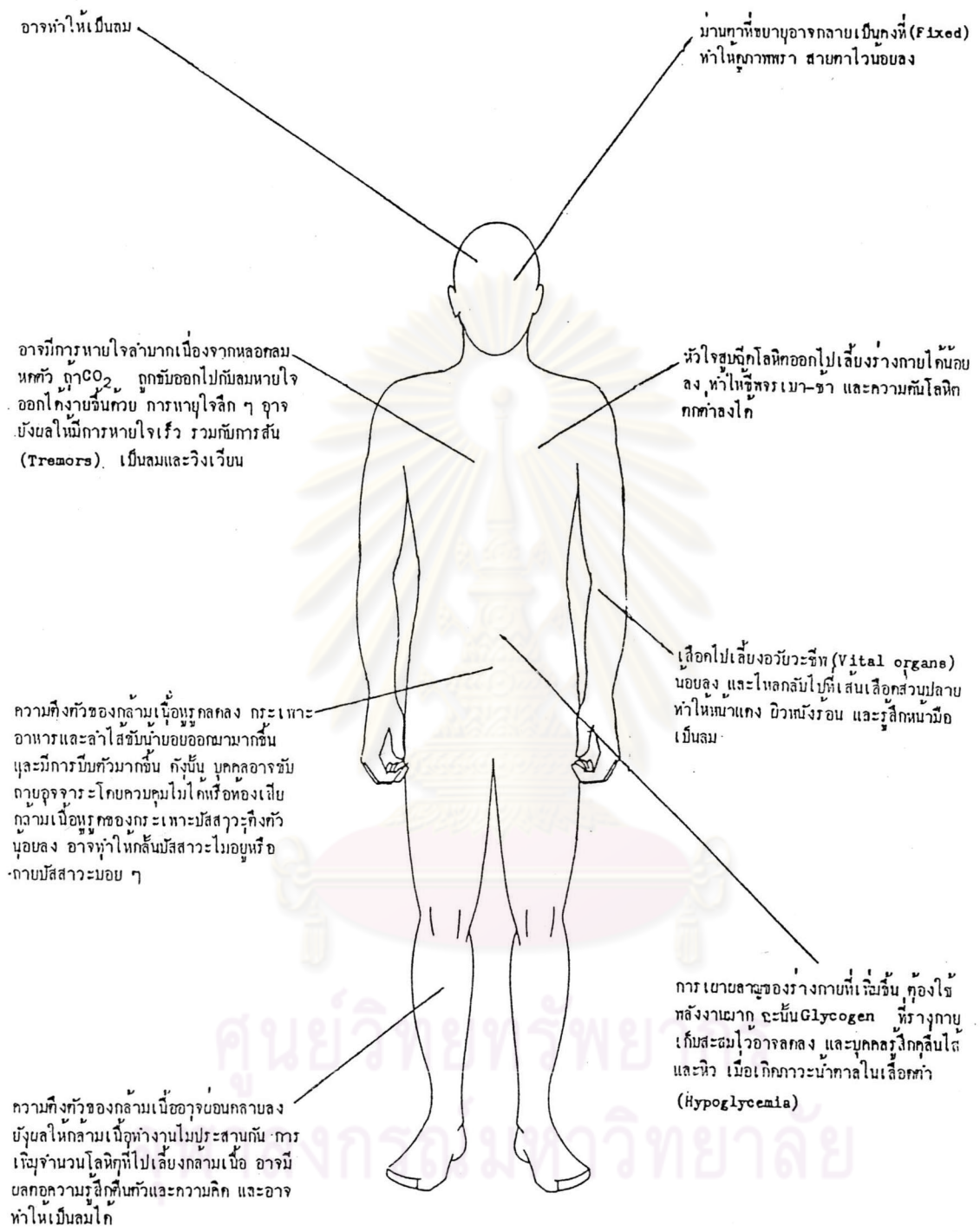
1. ระยะสัญญาณอันตราย (Alarm reaction stage) ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระที่เป็นการตอบสนองขั้นต้นต่อความเครียด มีการกระตุ้นสมองส่วน Hypothalamus ซึ่งจะไปกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้าให้เพิ่มการสร้างฮอโมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (Adrenocorticotrophic hormone=ACTH) ต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) จะถูกกระตุ้นโดย ACTH นี้ ให้เพิ่มการสร้าง Glucocorticoids, Primary hydrocortisone, or cortisol และ Mineralocorticoids, Primarily

aldosterone สาร Catecholamine ที่ออกมา ทำให้ระบบประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) ทำงานมากขึ้น ซึ่งจะไปกระตุ้นการสร้าง Epinephrine และ Norepinephrine โดยต่อมหมวกไตส่วนใน (Adrenal medulla) ในระยะสัญญาณอันตรายมีการกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง (Posterior pituitary) ด้วย เพื่อให้เพิ่มการหลั่ง Anti-diuretic hormone จากการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดที่กล่าวมานี้ ร่างกายของบุคคลเตรียมพร้อมที่จะทำอะไรสักอย่างด้วยความตื่นตัวมากขึ้น ในค่านอารมณ์ บุคคลรู้สึกวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงและใช้กลไกป้องกันตัวเอง (Defense mechanisms) บางอย่างในระดับจิตไร้สำนึก การตอบสนองค่านสรีระที่เกิดขึ้นเมื่อระบบประสาทซิมพาธิก (Sympathetic nervous system) ถูกกระตุ้น มีรายละเอียดดังแผนภูมิที่ 3 และเมื่อระบบประสาทพาราซิมพาธิก (Parasympathetic nervous system) ถูกกระตุ้นมีรายละเอียดดังแผนภูมิที่ 4 ดังต่อไปนี้คือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แบบภูมิที่ 3 ระบบประสาทอัตโนมัติของ CAS แยกทั้งการทอมสนองทั้งระบบที่กระตุ้นการกระตุ้นของ Sympathetic nervous system (ข้อมูลจาก Chut, et al. 1979, Guyton 1977, Horowitz 1976, Marcinek 1977, Selye 1956, 1965, 1976, Stephenson 1977, all cited by Murray and Huelskoetter 1987 : 327)



แบบที่ 4 ระบุถึงสัญญาณอันตรายของ GAS แสดงถึงการตอบสนองทางค่านสรีระที่เกี่ยวกับการกระตุ้นของ Parasympathetic nervous system
 (ข้อมูลจาก Guyton 1977, Horowitz 1976, Selye 1956, 1965, 1976, 1979, Stephenson 1977, all cited by Murray and Huelskoetter 1987 : 328)

จากแผนภูมิที่ 3 และ 4 สรุปได้ว่า ในระยะสัญญาณอันตรายของกลุ่มอาการการปรับตัวหัว ๆ ไปนั้น ปฏิกริยาของร่างกายคือการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นได้ควยอาการต่าง ๆ เช่น อาจจะมีการปวดศีรษะ การหายใจเพิ่มขึ้นทั้งเร็วและลึกขึ้น น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เบื่ออาหาร ท้องผูกหรือท้องอืด ผิวหนังซีด เย็น หรืออาจมีอาการตรงข้าม เช่น การหายใจลำบาก อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง น้ำตาลในเลือดต่ำลง หน้าแดง ผิวหนังร้อน เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่า ในภาวะเครียดนั้น ระบบประสาทที่ถูกกระตุ้นเป็นระบบประสาทซิมพาธิก หรือพาราซิมพาธิก เพราะใยประสาทของระบบประสาททั้ง 2 นี้ อยู่ใกล้กัน และเพราะอิทธิพลของสมองส่วน Cerebral cortex, ความจำเกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต, การรับรู้ในปัจจุบันหรือการฝึกฝนเฉพาะอย่างที่จะลบล้างผลตามปกติของระบบประสาทซิมพาธิก

ระยะในด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะสัญญาณอันตรายนี้ ลาซารัส (Lazarus 1966 cited by Murray and Huelskoetter 1987:326) ได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

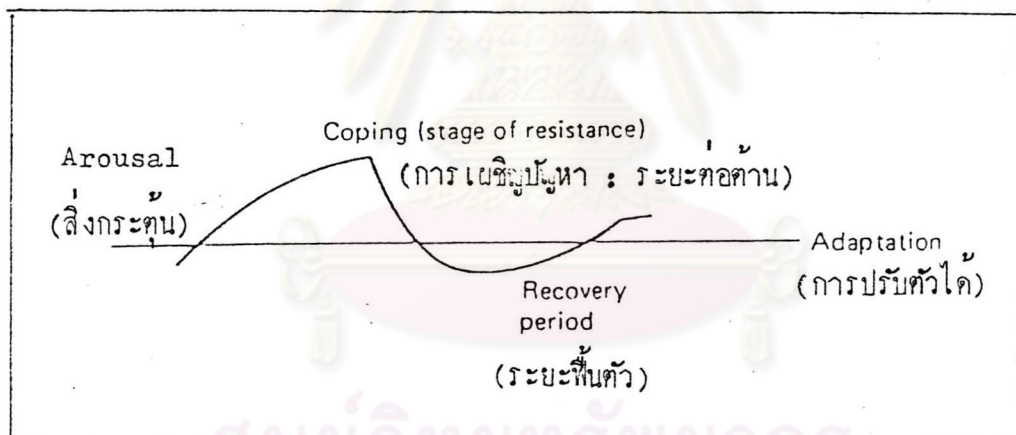
1. มีสิ่งที่คุกคามเข้ามา (จากการประเมินสิ่งคุกคามนั้น)
2. มีการเตือนเกิดขึ้น (จากระดับของอันตรายที่จะเกิดขึ้น)
3. มีผลกระทบเกิดขึ้น ขบวนการทางจิตใจในระยะนี้ประกอบด้วยความคิด และความรู้สึก และรวมทั้งการรับรู้ ความจำที่ตอบสนองและมีผลกระทบเกิดขึ้นจากสิ่งที่มาคุกคามนั้น เช่น เกิดความวิตกกังวล (Anxiety) ความกลัว (Fear) ความโกรธ (Anger) ความรู้สึกผิด (Guilt) และความอับอาย (Shame)

ระยะสัญญาณอันตรายส่วนใหญ่เป็นการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาธิกในระยะเวลานั้น จากนั้น ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 2 ต่อไป

2. ระยะต่อต้าน (The Stage of resistance) เป็นระยะที่ร่างกายตอบสนองต่อความเครียดด้วยวิถีทางของการปรับตัว โดยผ่านการตอบสนองด้วยการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ซึ่งทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อันจะนำไปสู่ความพร้อมที่จะต่อสู้ปกป้องตนเอง รวมทั้งเพิ่มการใช้คุณสมบัติของตนเอง ความอดทน และความเข้มแข็ง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้แก่ ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านโรค การหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ ระดับของ

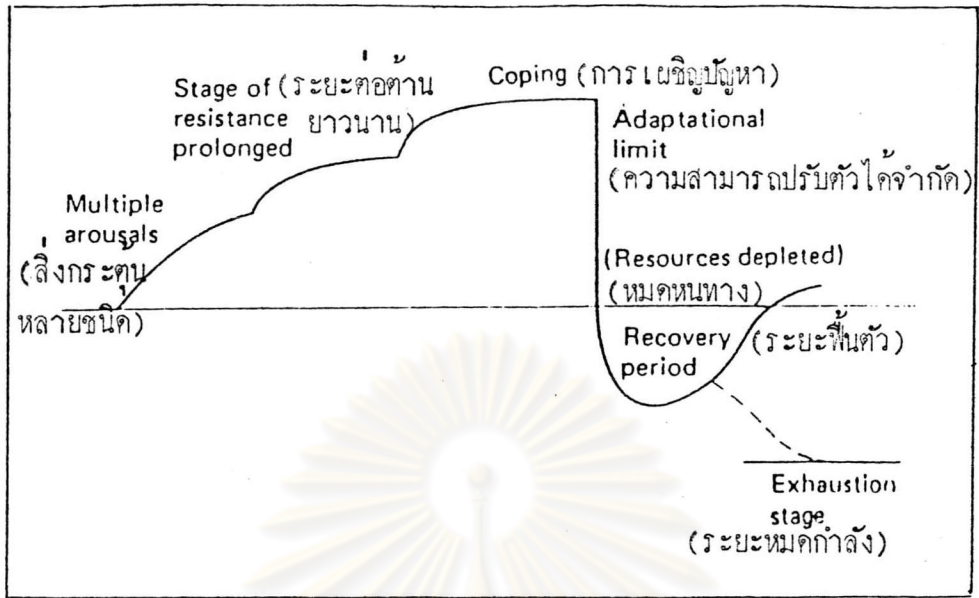
น้ำตาลในกระแสเลือดและปริมาณเลือดในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลงไป เลือดจางลงหรือ
เข้มข้นขึ้น เป็นต้น อารมณ์วิตกกังวลระดับปานกลาง ในระดับจิตไร้สำนึก จะมีการใช้กลไก
ทางจิตป้องกันตนเองที่ใช้อยู่เป็นประจำ ในที่สุด การตอบสนองจะกลับสู่ความปกติ เมื่อสิ่ง
กระตุ้นความเครียดลดน้อยลง หรือเมื่อบุคคลพบกลไกการป้องกันที่สามารถสนองความต้องการ
ทางร่างกายและจิตใจได้

สิ่งกระตุ้นความเครียดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางค่านสรีระ ในระยะ
สัญญาณอันตราย โดยมีความรู้สึกวิตกกังวลด้วย แต่เมื่อการรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ถูกทำให้
ลดน้อยลง บุคคลจะกลับเข้าสู่การทำหน้าที่ของระบบประสาทพาราซิมพาธิก กลายเป็นระยะ
ต่อต้าน ในความเครียดชนิดเฉียบพลัน บุคคลอาจจะใช้กลไกการปรับตัวแตกต่างกันไป บางครั้ง
อาจเกิดความท้อถอยหรืออ่อนแอ แต่ในที่สุดก็สามารถเอาชนะความเครียดได้แม้จะเป็นความ
เครียดมาก ๆ ก็ตาม ผลที่ตามมาคือ สามารถปรับตัวได้ ดังแผนภูมิที่ 5 ต่อไปนี้ คือ



แผนภูมิที่ 5 แสดงแบบแผนของปฏิกิริยาในความเครียดชนิดเฉียบพลัน (ข้อมูลจาก Horowitz
1976; Roberts 1978; และ Selye 1965, 1976)

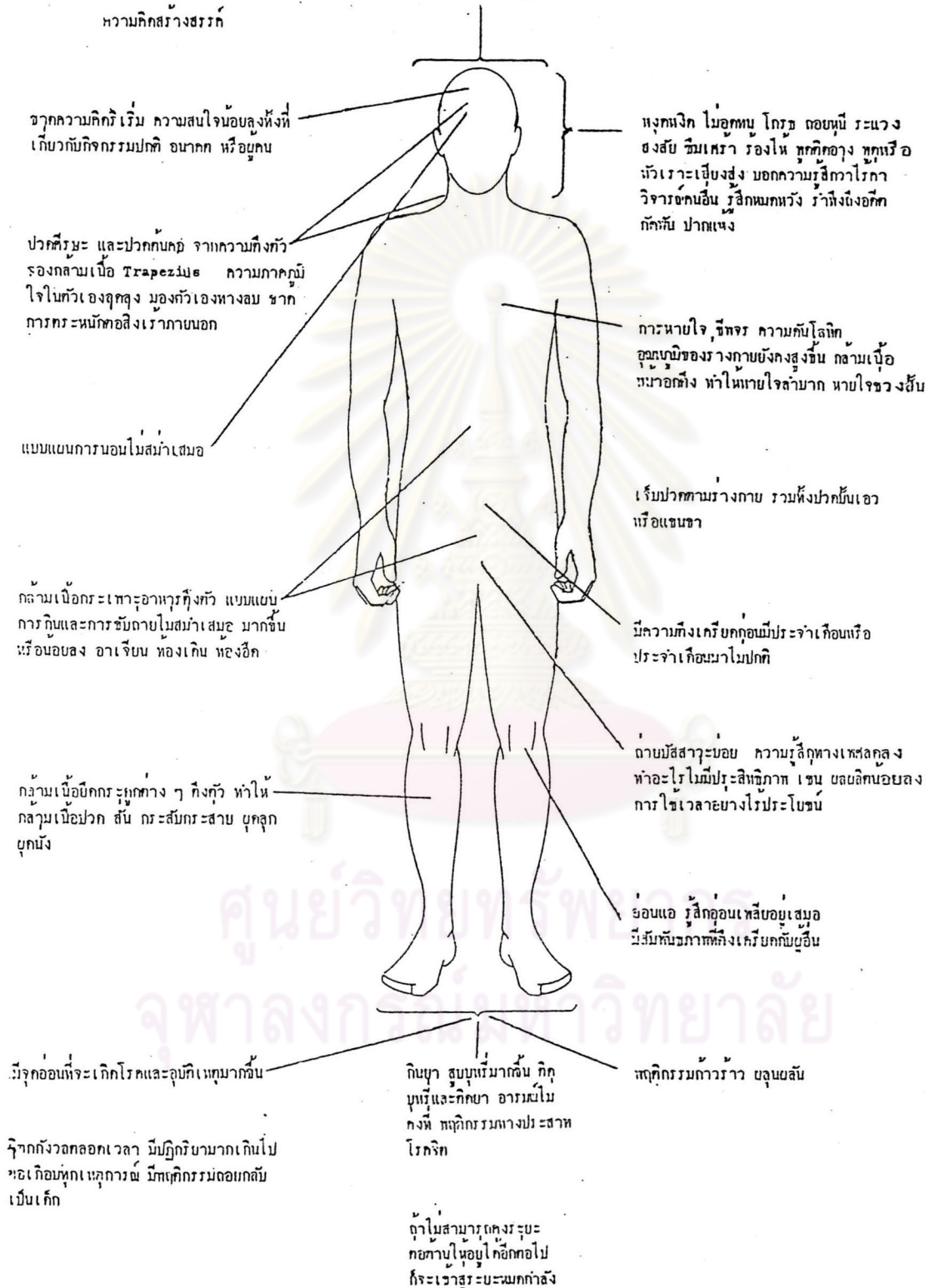
แต่ถ้าสิ่งกระตุ้นความเครียดไม่ว่าจะเป็นสิ่งกระตุ้นชนิดที่เป็นชีวภาพ จิตใจ หรือ
สังคม เพียงชนิดเดียวหรือหลาย ๆ ชนิด ได้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนานโดยไม่ได้ปลดปล่อย
ออกไปบางอย่างเพียงพอ ระยะต่อต้านจะคงอยู่ต่อไป เมื่อสิ่งกระตุ้นความเครียดยังคงต่อเนื่อง
ไปเรื่อย ๆ บุคคลเริ่มเกิดเป็นความทุกข์และแสดงออกมาด้วยการตอบสนองทางด้านร่างกาย
สรีบิณญา และอารมณ์ ทั้งแบบที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ชัดเจนและแบบที่รู้เฉพาะคนที่อยู่ในความเครียด
นั้นเท่านั้น ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 6 และ 7 ต่อไปนี้คือ



แผนภูมิที่ 6 แสดงแบบแผนของปฏิกิริยาในความเครียดเรื้อรัง
 (ข้อมูลจาก Horowitz 1976; Roberts 1978; และ Selye 1965, 1976)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แอมบูบับ ซึ่มมึ ไม่รู้เวลา-สถานที่-บุคคล สับสน อ่อนแอ ความเครียดแรงส่งสยไปนอนจริง ท้าใจอีกหลากหลายในการทำงาน
ระบะหาง ไวยากรณ์และการคำนวณ จำคนอีก ไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหา ไม่สามารถใส่ใจในรายละเอียด ลกจินตนาการและ
ความทักสร้างสรรค์



แบบฉบับที่ 7 ระบะก้อกันใน CAS แสดงถึงสัญญาณของความเครียด (Signs of distress) ทางด้านอารมณ์ สติปัญญา และ
ร่างกาย

จากแผนภูมิที่ 6 และ 7 จะเห็นว่าระยะที่ร่างกายค้างอยู่นาน วิธีการเผชิญปัญหา ไม่ได้ผลที่จะช่วยให้ปรับตัวได้ บุคคลจะมีพฤติกรรมหรืออาการต่าง ๆ ที่แสดงออกถึงความเครียดที่ร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา ในที่สุด จะถึงจุดที่ปรับตัวไม่ได้ ความสามารถต่าง ๆ ลดลง อาจจะใช้กลไกทางจิตมากขึ้นหรืออย่างไรก็ตาม บุคคลจะไม่สามารถจัดการ แม้แต่กับความเครียดเพียงเล็กน้อยที่เพิ่มเข้ามา นั่นคือ ได้เข้าสู่ระยะหมดกำลัง

3. ระยะหมดกำลัง (The stage of exhaustion) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้อีกต่อไป หรือเมื่อกลไกการปรับตัวไม่เพียงพอที่จะปรับตัวได้ โรคทางร่างกายและจิตใจ หรือแม้แต่มรณะ อาจเกิดขึ้น เพราะร่างกายไม่สามารถทดแทน หรือแก้ไขความไม่สมดุลนั้น การแสดงออกในระยะนี้ คล้าย ๆ กับระยะสัญญาณอันตราย ต่างกันที่การตอบสนองลดน้อยลงกว่าในครั้งแรก และแสดงออกว่าไม่สามารถกลับไปสู่ระดับที่มีประสิทธิภาพได้ ความวิตกกังวลระดับปานกลางในระยะที่ค้าง จะกลายเป็นระดับรุนแรง บางครั้งอาจถึงขั้นตื่นตระหนกสุดขีด กลายเป็นโรคประสาท หรือโรคจิตได้

สำหรับวิธีการ หรือพฤติกรรมในการปรับตัวนั้น มอร์แกน และคณะ (Morgan, et al. 1986:326-32) ได้สรุปว่า ผลที่ตามมาของความเครียดอาจจะเป็นสิ่งที่รุนแรงได้ แต่ก็มีวิธีหรือพฤติกรรมในการปรับตัวอย่าง เพื่อให้อาการผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง และปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายอย่างเป็นระบบ (Systemic desensitization) การสะกดจิต การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) และพฤติกรรมปลุกย่อยต่าง ๆ ที่แสดงไว้แล้วในวงจรความเครียด (แผนภูมิที่ 2) นอกจากนี้ ก็มีเทคนิคการตอบสนองโดยการผ่อนคลายของ เฮอร์เบิร์ต เบนสัน และคณะ (Herbert Benson, et al.) วิธีนี้ให้นั่งในท่าที่ผ่อนคลายนานประมาณ 20 นาที พยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากเท้าถึงศีรษะ โดยใส่ใจกับลมหายใจ และพูดคำว่า "หนึ่ง" หลังจากหายใจเข้า-ออก 1 รอบ และพยายามกกดความคิดที่ไม่ต้องการเอาไว้ โดยการคิดว่า "ดีแล้ว" เมื่อความคิดนั้นจะเกิดขึ้น

ส่วนซิมบาร์โด และรัช (Zimbardo and Ruch 1979:548-557) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมในการปรับตัวอย่างต่าง ๆ กับมอร์แกน (Morgan) คือ การตอบสนองโดยการผ่อนคลายของเบนสัน (Benson) การผ่อนคลายอย่างต่อเนื่องของจาคอบสัน (Jacobson)

การผ่อนคลายอย่างเป็นระบบที่เรียกว่า "Autogenic training" การนั่งสมาธิ (Meditation) การให้ข้อมูลป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) นอกจากนี้ ยังได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการปรับตัว โดยการใช้กลยุทธ์การปรับความคิด ได้แก่ การประเมินสิ่งที่คุกคาม (Appraisal of threat) และการบอกนำตนเองในทางที่ให้อำนาจใจตนเอง (Verbal self-instruction) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การเตรียม การเผชิญหน้า การจัดการกับความเครียดที่มากเกินไป และการให้แรงเสริมแก่ตนเอง พฤติกรรมการปรับตัวอื่น ๆ ได้แก่ การเข้าร่วมในกลุ่มที่มีชื่อต่าง ๆ เช่น กลุ่มประสบการณ์ (Experiential groups) และกลุ่มพัฒนาตน (Growth groups) เป็นต้น และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ซึ่งมีวิธีปฏิบัติที่ยืดหยุ่นมากมาย อาทิ มองหาสาเหตุของพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์ปัจจุบัน หรือที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในอดีต โดยไม่ตัดสินว่าตนเองบกพร่องใด ๆ มีเพื่อนสนิทที่พอจะเล่าหรือระบายความรู้สึก และความกังวลได้ อย่ามองตนเองในแง่ลบ เช่น โง่ น่าเกลียด หรือไม่มีความคิดสร้างสรรค์ ภูมิใจกับความสำเร็จของตนเอง และรู้จักคุณค่าและความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เป็นต้น

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึงโรคจิตกลุ่มหนึ่งที่มีความผิดปกติทางจิตใจ แสดงออกในลักษณะของความแปรปรวนทางความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) โดยเฉพาะแนวความคิดจะแปรปรวนผิดไปจากความเป็นจริงมาก จนผู้รู้อย่างคนจัดโรคจิตเภทว่า เป็นโรคจิตที่มีความผิดปกติของความคิด (Thinking disorder)

"จิตเภท" มาจากคำว่า จิต ≠ เกท เกท แปลว่า แยกแยก หรือทำลาย ฉะนั้น จิตเภท แปลว่า จิตใจแตกแยกหรือถูกทำลาย

"Schizophrenia" มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกมาจากคำว่า Schizo + phren Schizo = split (ผ่า, แยกแยก) phren = mind (จิตใจ)

ชื่อโรคนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้ตั้งขึ้นโดยมีความหมายเหมาะสมกับอาการ

ที่แสดงออกอย่างมาก จึงเป็นที่นิยมใช้ชื่อนี้มาจนถึงปัจจุบันนี้

อุบัติการ (Incidence)

โรคจิตเภทพบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป พบในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน เพศชายหรือเพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคนีได้พอ ๆ กัน ประมาณร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นโรคนี โรคจิตเภทพบได้มากในครอบครัว ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะความยากจน การศึกษาน้อย และข้อเสียเปรียบอื่น ๆ ของคนจนทำให้เกิดความโน้มเอียงที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่า หรืออาจเป็นเพราะโรคนีไปรบกวนการศึกษา การทำงาน และการเงินที่ต้องใช้ในการรักษาตัวอยู่เป็นประจำก็ได้ (สุวิทนา อารีพรต 2524 : 239)

อายุที่เกิดโรคนี ส่วนมากเริ่มป่วยเป็นโรคนีในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น แม้ว่าโรคนีจะพบได้ในวัยเด็กตอนต้นที่เรียกว่า โรคจิตเภทในวัยเด็ก จนถึงวัยกลางคนก็ตาม

สาเหตุ

สุวิทนา อารีพรต (2524 : 239-242) ได้แบ่งสาเหตุของโรคจิตเภท ออกเป็น 3 ข้อใหญ่ ๆ ดังนี้

1. กรรมพันธุ์ จากการศึกษาของหลาย ๆ คน สรุปได้ว่า กรรมพันธุ์น่าจะมีส่วนทำให้เกิดโรคจิตเภท เพราะผลการศึกษาพบว่า บุตรของผู้ป่วยมีโอกาสป่วยด้วยประมาณร้อยละ 10 แม่จะแยกบุตรของผู้ป่วยไปเลี้ยงต่างหากตั้งแต่เกิด อัตราการป่วยก็ยังสูงกว่าเด็กที่บิดามารดาไม่ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งคนใดป่วย อัตราการป่วยด้วยของแฝดอีกคนจะสูงกว่าแฝดชนิดไข่คนละใบมากและสูงถึงร้อยละ 30-40 และในพี่น้องของผู้ป่วยมีโอกาสป่วยด้วยประมาณร้อยละ 8

2. ชีวเคมีของสมอง ปัจจุบันมีการค้นพบบทบาทของ Neurotransmitter หลายตัวในสมองส่วนกลาง ที่สำคัญได้แก่ Acetylcholine, Dopamine, Norepinephrine และ Serotonin ทั้งยังมีหลักฐานที่ชวนให้เชื่อว่าการผิดปกติของสารเหล่านี้บางตัว รวมทั้ง Metabolites ของมัน เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท

3. การปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลในครอบครัว (Family transaction)

ที่สำคัญคือระหว่างบิดามารดากับบุตร

ก. การที่บิดามารดาตั้งความหวังในตัวบุตรสูงเกินไป โดยที่เด็กไม่พร้อม ทำให้เด็กเกิดความตึงเครียด และวิตกกังวล เป็นผลให้พัฒนาการทางบุคลิกภาพของเด็กหยุดชะงักหรือพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์

ข. ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารกที่บกพร่อง โดยเฉพาะด้านความรัก เช่น การที่มารดาไม่ค่อยเล่นหรือกอดจูบลูก ทั้ง ๆ ที่ดูแลเรื่องอาหาร ความสะอาด และอื่น ๆ ได้อย่างปกติ อาจทำให้เด็กป่วยเป็นโรคจิตเภทได้เมื่อโตขึ้น

ค. ความไม่เสมอต้นเสมอปลายของมารดา เชื่อว่าเป็นสาเหตุหนึ่ง เพราะทำให้เด็กเกิดสภาวะทั้งต้องการและทั้งกลัวมารดา อันเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กไม่สามารถสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นได้

ง. ครอบครัวมีปัญหาทางจิต ได้แก่ การที่ทั้งบิดาและมารดามีปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท บิดามารดาที่มีความขัดแย้งกันและพยายามดึงลูกให้เป็นพวกเดียวกับตน หรือบิดามารดามีนิสัยชอบขมขู่ โหดร้าย ก้าวร้าว หรือดุด่า บิดามารดาจำพวกนี้อาจมีความสับสนในบทบาททางเพศของตนด้วย บางคนเป็นรักรวมเพศ และบางคนมีความต้องการจะมีเพศสัมพันธ์กับลูก ซึ่งตนเองยังคับใจไม่ให้เกิดขึ้น ลักษณะครอบครัวเช่นนี้ จะทำให้เด็กไม่สบายใจอยู่ตลอดเวลา จนไม่สามารถสร้างความรู้สึกมั่นใจให้กับตนเอง ไม่สามารถที่จะรวมและแสดงความรู้สึกโกรธ ก้าวร้าว หรือความต้องการทางเพศได้อย่างเหมาะสม ทั้งไม่สามารถลอกเลียนบุคลิกภาพ หรือบทบาททางเพศจากบิดามารดาได้

จ. การผูกอย่างทำอย่าง ("Double bind" transaction)

มีผู้เชื่อว่าเป็นสาเหตุอีกอย่างหนึ่งของโรคจิตเภท เช่น แม่พูดว่าอยากให้ลูกมีอิสระและรู้จักเป็นตัวของตัวเอง แต่เมื่อลูกขอไปทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนที่โรงเรียน แม่ก็ไม่ยอมให้ไปด้วยเหตุผลต่าง ๆ ประสพการณ์เช่นนี้ จะทำให้การพัฒนาด้านการติดต่อสื่อสารกับคนอื่นแคบลง หรือสับสน และทำให้สังคมของเขาจำกัดลง

ฉ. การที่เด็กต้องเป็นผู้รองรับความโกรธที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว และ
 ใ้พบเห็นนิสัยชอบโทษคนอื่น (Projection) ปฏิเสธ (Denial) หรือโอ้อวดกันในครอบครัว
 เป็นประจำ จนเกิดการลอกเลียนแบบก็เป็นสาเหตุหนึ่ง ในครอบครัวเช่นนี้ มักพบการทำร้าย
 ร่างกาย หรือการกระทำรุนแรงทางเพศต่อเด็ก ซึ่งเด็กต้องเก็บกดไว้ เมื่อเกิดขึ้นบ่อย ๆ ใน
 ที่สุด ก็จะระเบิดออกมาเป็นอาการทางจิต

ลักษณะทางคลินิก

อาการของโรคจิตเภทแตกต่างกันมากในผู้ป่วยแต่ละราย อาการที่สำคัญในการวินิจฉัย
 โรคจิตเภท ได้แก่

1. ความผิดปกติทางคำความคิด แบ่งออกเป็น

1.1 ความผิดปกติในรูปแบบของความคิด คือ ความคิดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไป
 เป็นอีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันเลยหรือไม่เกี่ยวข้องกันโดยตรง โดยพูดเรื่องราวที่ไม่
 เกี่ยวข้องกัน ในบางราย ขณะพูดมีการหยุดคิดอย่างกะทันหัน ทำให้คำพูดขาดหายไป
 ชว่ง ๆ

1.2 ความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด ได้แก่ ความคิดแตกแยกเป็นส่วน ๆ
 (Fragmented) หรือแปลก ๆ ความคิดว่าการสนทนาและพฤติกรรมของคนอื่น มีความ
 เกี่ยวข้องกับตน (Idea of reference) และความคิดหลงผิด (Delusion) แบบต่าง ๆ
 เช่นความหลงผิดคิดว่าคนจะทำร้าย (Persecutory delusion) วางแผนจะทำร้ายตน
 พยายามจะควบคุมความคิดหรือการกระทำของตน หรืออ่านจิตใจของตนไว้ ความคิดหลงผิดว่า
 เป็นใหญ่เป็นโต (Grandiose delusion) และความคิดหลงผิดว่า ทุกสิ่งทุกอย่างในโลกไม่มี
 ตัวตน (Nihilistic delusion) เช่น ไม่มีเพื่อน ไม่มีครอบครัว ไม่มีตัวเอง ชีวิตความ
 เป็นอยู่ทุกอย่างไม่มี บางรายคิดว่าตนได้ตายไปแล้ว เป็นต้น

2. ความผิดปกติด้านอารมณ์ ที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ

2.1 Apathy ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเฉยเมย ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เช่น ใ้รับคำบอกเล่าว่าญาติสนิทถึงแก่กรรมผู้ป่วยจะไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ
 ออกมาให้เห็น

2.2 Inappropriate หมายถึง อารมณ์ผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับความคิดหรือ เหตุการณ์ในขณะนั้น เช่น อาจหัวเราะหรือยิ้มในขณะที่พูดถึงเรื่องความตาย

3. ความนิคปลกติก้านพฤติกรรม มีการแยกตัวจากสังคมและกิจกรรมต่าง ๆ ขาด ความสนใจอนามัยและความสะอาดของร่างกาย ตลอดจนการแต่งตัว มีพฤติกรรมเป็นเด็กกว่าวัย การเคลื่อนไหวอาจน้อยลงอย่างมากหรือเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือเมื่อจัดให้อยู่ในท่าไหน จะอยู่ในท่านั้น (Waxy flexibility) เป็นต้น

4. ความนิคปลกติก้าในการรับรู้ (Perception) ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิด ต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือ หูแว่ว (Auditory hallucination) เช่น เสียงคนมาพูด คำว่าต่าง ๆ ประสาทหลอนชนิดอื่น ได้แก่ ภาพหลอน (Visual hallucination) และรู้สึกกลิ่นแปลก ๆ (Olfactory hallucination) เป็นต้น

ประเภทของอาการแสดง (Symptoms) แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ (Pyke 1986:16) คือ

1. อาการแสดงทางบวก (Positive symptoms) ได้แก่ ความนิคปลกติก้าของ ความคิด (Thought disorders) ประสาทหลอน (Hallucinations) ความนิคปลกติก้าในการควบคุมอารมณ์ (Affect dyscontrol) ความคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง (Autism) ความวิตกกังวล (Anxiety) และความคิดหลงผิด (Delusions)

2. อาการแสดงทางลบ (Negative symptoms) ได้แก่ การแสดงออกของ อารมณ์ ความรู้สึก และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลงหรือหมดไป (Impoverishment of emotional expression, Reactivity and Feeling) กระแสคำพูดและเนื้อหาคำพูด ไม่สมบูรณ์ (Poverty of speech and content) ขาดพลัง แรงขับ และความสนใจ (Lack of energy, Drive and Interest) มีความยากลำบากในการประสบกับความ สนใจหรือความพอใจ ในกิจกรรมหรือสัมพันธ์ทางสังคม (Difficulty in experiencing interest or pleasure in activity or social relationships)

ชนิดของโรคจิตเภท แบ่งออกได้เป็น 9 ชนิด คือ

1. Simple type อาการมักจะเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นและค่อยเป็นค่อยไป บุคลิกภาพ ความผิดปกติทางอารมณ์ ความสนใจในกิจกรรมและสิ่งแวดล้อม จะค่อย ๆ เปลี่ยน ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์ดี ๆ เศร้า ซากความตั้งใจหรือแรงกระตุ้น ซากความทะเยอทะยาน และซากความรับผิดชอบ เนื่องจากโรคจิตเภทชนิดนี้อาการไม่รุนแรงและไม่ชัดเจน จึงอาจถูกมองข้ามไปนานกว่าจะได้รับการวินิจฉัยและการรักษา

การพยากรณ์โรค : การหายของโรคจิตเภทชนิดนี้ มักจะยากหรือสิ้นหวัง

2. Hebephrenic type อาการค่อยเป็นค่อยไป มักจะเริ่มระหว่างอายุ 15-25 ปี อาการเริ่มแรกคือ ซากสมาธิ ผันกลางวัน และสนใจตนเองมากเกินไป การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นอาการสำคัญ โดยมี อารมณ์ดี ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเรื่องที่สนทนากัน และมีการหัวเราะคิกคักบ่อย ๆ ความคิดแตกแยก และมีบ่อย ๆ ที่หลงคิดว่าตนเป็นคนสำคัญหรือมีอำนาจวิเศษ คำพูดไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องเดียวกันและมีการสร้างภาษาใหม่ แสดงหน้าตาหรือท่าทางแปลก ๆ เช่น การวางบึ้ง การแยกเขี้ยวยิงฟัน หรือท่าตลก และอาจบ่นซ้ำซากเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ผู้ป่วยพวกนี้มักจะอยู่คนเดียว พฤติกรรมก็ไม่มีจุดมุ่งหมายและขาดชีวิตชีวา

การพยากรณ์โรค : ไม่ค่อยดีมาก

3. Catatonic type ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวเป็นสำคัญ เช่น อาจมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ และรวดเร็ว หรือซึมเซาไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อม และไม่เคลื่อนไหว อาจมีอาการเกร็งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง (Catalepsy) หรือจับให้อยู่ท่าใดก็จะอยู่ท่านั้น สักพักหลังจากปล่อยมือจากผู้ป่วยแล้ว (Waxy flexibility) อาจอยู่นิ่ง ไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลย รวมทั้งไม่พูด อาจมีอาการตื่นเต้น ลุกลุกลงนอน เกิดขึ้นมาเองโดยไม่มีอาการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม อาการมักเริ่มในอายุระหว่าง 15-25 ปี หายากที่เริ่มในอายุเกิน 30 ปี ผู้ป่วยมักจะเคยปฏิบัติหน้าที่ของตนในสังคมได้เป็นอย่างดีมาก่อน

การพยากรณ์โรค : ดี สำหรับการหายจากอาการดังกล่าว แต่มักจะเกิดอาการป่วยซ้ำอีกบ่อย ๆ

4. Paranoid type มีลักษณะที่สำคัญคือ อาการหลงผิดชนิดกระเวง (Paranoid delusion) ซึ่งขาดเหตุผล ความหลงผิดมักเป็นแบบคิดว่าคนจะปองร้าย หรือคิดว่ามีบุคคลใดบุคคลหนึ่งควบคุมความคิด ความตั้งใจหรือร่างกายของตน หลงผิดว่า สามีหรือภรรยาอกใจ หรือหลงผิดว่าตนเองสำคัญหรือมีอำนาจวิเศษ ความคิดหวาดระแวง อาจนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงได้ในบางราย ความหลงผิดดังกล่าวมักทำให้ผู้ป่วย เกิดความขัดแย้งกับสังคม อาการมักเริ่มระหว่างอายุ 40-50 ปี ไม่ค่อยมีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การพยากรณ์โรค : มักจะดี แต่กลับมีอาการอีกได้บ่อย

5. Acute schizophrenic episode เป็นโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน งุนงง มีลักษณะคล้ายตกอยู่ในความฝัน มีความยุ่งเหยิงทางอารมณ์ ตื่นเต้น, ซึมเศร้า หรือกลัว อาการต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจาก Simple schizophrenia ในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีลักษณะเฉพาะของ Catatonic, Hebephrenic หรือ Paranoid schizophrenia ทำให้การวินิจฉัยต้องเปลี่ยนแปลงไปตามชนิดนั้น ผู้ป่วยหลายรายมีอาการหายไป ใน 2-3 สัปดาห์ แต่บางรายอาการกลับทรุดหนักลงเรื่อย เมื่อหายแล้วก็มีมักจะกลับเป็นซ้ำอีก

การพยากรณ์โรค : ผู้ป่วยอาจหายเป็นปกติหรืออาจกลับเป็นได้อีก

6. Latent schizophrenia โรคจิตเภทชนิดนี้ อาการของโรคจิตที่มี ถูกปิดบังด้วยอาการของโรคประสาท ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลอย่างมาก มีอาการของโรคประสาท เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความขี้คิด ความเศร้าโศก และอาการเกี่ยวกับร่างกายที่ไม่ใช่ความเป็นจริง เช่น อาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดจากอุปาทานว่าเป็นโรค

การพยากรณ์โรค : ไม่ดี การรักษาไม่ค่อยได้ผล

7. Residual schizophrenia หมายถึงผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคจิตเภทมาก่อนแต่ขณะนี้ไม่มีอาการโรคจิตชัดเจน มีเพียงอาการบางอย่างที่แสดงว่ายังไม่หายเป็นปกติ อาการที่ยังเหลืออยู่บ้าง ได้แก่ การแยกตัวเอง ยังไม่อยากพุดจากกับใคร สีหน้าจะเฉย ไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อาจมีประสาทหลอนหรือความคิดหลงผิดแต่จะไม่มาก และไม่ชัดเจน

8. Schizoaffective type เป็นโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติของความคิดและอารมณ์รวมด้วย อารมณ์ที่ผิดปกติ อาจเป็นอารมณ์ครื้นเครง หรือซึมเศร้า อารมณ์เศร้ามีร่วมกับอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ คิดซ้ำ นึกอะไรออกยาก รู้สึกว่าตัวมีความผิด เมื่อชีวิต หรือคิดอยากตาย พบอัตราการฆ่าตัวตายในโรคจิตเภทชนิดนี้มากกว่าชนิดอื่น

การพยากรณ์โรค : อาจรักษาให้หายเป็นปกติ แล้วเป็นซ้ำอีก หรือถ่วงรักษาแล้วไม่หายเป็นเรื้อรังตลอดไป

9. Schizophrenia, chronic undifferentiated type เป็นโรคจิตเภทที่ไม่มีอาการเด่นชัดอย่างใดอย่างหนึ่งตรงกับชนิดต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม แบบโรคจิตเภท แต่ไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นชนิดใด พบบ่อยที่การเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกนั้น ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นแบบใด แต่ปฏิกริยาต่อ ๆ ไปจะปรากฏชัดให้แยกเป็นแบบต่าง ๆ ได้

การดำเนินของโรค

การดำเนินของโรคในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันมากต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว โอกาสจะหายเป็นปกติมีน้อย ส่วนมากผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของบุคลิกภาพเหลืออยู่

เมื่อดีขึ้นหรือหายจากครั้งแรก โรคมักจะเป็นใหม่อีก เมื่อรักษาโรคที่เป็นใหม่จนอาการดีขึ้น แต่บุคลิกภาพจะผิดปกติมากขึ้น และเมื่อเป็นหลาย ๆ ครั้ง ผู้ป่วยจะยิ่งผิดปกติมากขึ้นจนเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน บางรายต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ๆ หรือเป็นภาระต่อญาติพี่น้องอย่างมากเพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำงานและช่วยตัวเองได้ ผู้ป่วยมักแยกตัวอยู่ตามลำพังในบ้าน ซากความสัมพันธ์ตามปกติที่ควรจะมีกับทุกคนในบ้าน มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอนและหลงผิด

การพยากรณ์โรค

โดยทั่ว ๆ ไปถือว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรครภายใน 2 ปี ยังมีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่ถ่า

เป็นติดต่อกันนานกว่า 5 ปี โอกาสจะดีขึ้นเกือบไม่มีเลย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่ช่วยให้การพยากรณ์โรคที่มีดังต่อไปนี้

1. บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยดี มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปรับตัวดี
2. อาการเริ่มต้นของโรคเกิดขึ้นทันที
3. มีสาเหตุที่น่ามาก่อนเป็นโรคชัดเจน
4. มีประวัติญาติสนิทเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนควาย เช่น เป็นโรคซึมเศร้า ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในครอบครัว

5. มีอาการผิดปกติในการเคลื่อนไหวเป็นสำคัญ (Catatonia)
6. มีอาการดังต่อไปนี้รวมด้วยเด่นชัด คือ สับสน ซึมเศร้า หรือคลั่ง
7. มีครอบครัวและเพื่อนดี ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วดีกว่าพวกที่โสดแยกกันอยู่หรือหย่า
8. มีงานให้ทำหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว มีอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจดี
9. อาการเริ่มเกิดในวัยกลางคน
10. ผู้ป่วยยังมีแรงกระตุ้น กำลังใจ และความคิดริเริ่ม

การรักษา

1. เภสัชบำบัด การให้ยารักษาเป็นสิ่งสำคัญที่สุด พบว่าเมื่อให้ยารักษาโรคจิตผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นถึงร้อยละ 75 ภายในเวลา 6 สัปดาห์ อาการโรคจิตต่าง ๆ จะลดน้อยลงหรือหายไป และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะดีขึ้น ในจำนวนนี้ร้อยละ 46 ไม่มีอาการของโรคจิตเลย ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคดี ระยะเวลาให้ยาอาจนานเพียง 1-2 ปี แต่ในรายนอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากแล้ว ควรให้ยาติดต่อกันไปอีกเป็นเวลาหลายปี เพราะเมื่อหยุดยาโอกาสที่โรคจะเป็นรุนแรงขึ้นใหม่มีมาก ยังไม่มีผู้ใดคอยได้แน่นอนว่า ควรให้ยาเป็นเวลานานเท่าใดจึงจะเพียงพอสำหรับการรักษา การให้ยานอกจากทำให้อาการโรคจิตลดน้อยลงแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและทนต่อความเครียด (Stress) ได้ดีขึ้น

รายที่สบายคืออยู่เป็นเวลานาน อาจหยุดยาระยะหนึ่งได้ แต่ไม่ควรนานกว่า 6 เดือน เพราะถ้านานกว่านั้น โอกาสที่โรคจะเป็นรุนแรงขึ้นอีกมีมาก

อย่างไรก็ตาม ยามักช่วยรักษาอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และพฤติกรรมที่รบกวนสังคม แต่มักไม่ช่วยแก้ไขบุคลิกภาพที่เสื่อมลง อารมณ์เฉยเมย และการขาดกำลังใจและการที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลาเป็นเวลานาน จึงอาจเกิดอาการแพ้อา หรือเกิดความเบื่อหน่ายที่จะใช้ยาต่อไป ทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้นอีก ในกรณีเช่นนี้อาจจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสักระยะหนึ่งเพื่อควบคุมอาการ และอาจต้องใช้ยาชนิดที่ออกฤทธิ์ได้นาน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 4-6 สัปดาห์ จะสะดวกต่อผู้ป่วยและได้ผลดีในการรักษา โดยไม่ต้องรับประทานยา

2. การรักษาด้วย ช็อคไฟฟ้า ในบางรายการรักษาด้วยยาอย่างเดียว อาจไม่ได้ผลดีเท่าการใช้ยาร่วมกับการช็อคด้วยไฟฟ้า หรือ การช็อคด้วยไฟฟ้าอย่างเดียว ในกรณีดังกล่าวนี้ การช็อคด้วยไฟฟ้ามีความจำเป็น

3. การรักษาทางจิตสังคม เพื่อฟื้นฟูด้านจิตใจ สังคมและการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และนักสหนาการบำบัด เช่น กิจกรรมค่านกพิราบ งานฝีมือต่าง ๆ การเย็บปักถักร้อย การประดิษฐ์ดอกไม้แห้ง กิจกรรมค่านสหนาการ การเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ เป็นต้น

4. ครอบครัวบำบัด เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ในบางรายแม่จะได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ ก็อาจเกิดอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวได้ การปรับตัวในครอบครัวและปฏิกริยาต่อความตึงเครียดต่าง ๆ ก็มักจะไม่มีใครดี ทำให้ครอบครัวและญาติเกิดความท้อแท้และเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย เพราะฉะนั้น จำเป็นที่นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตจะต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย และแสดงความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนให้กำลังใจ ในบางครั้งจำเป็นต้องช่วยแบ่งเบาภาระและความตึงเครียดของครอบครัวลงบ้าง โดยการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลสักระยะหนึ่ง

ความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปกติ ความเจ็บป่วยของสมาชิกคนใดคนหนึ่งภายในครอบครัว นับว่าเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ อันจะนำไปสู่ความเครียดได้ (Darley, Glucksberg and kinchla 1986 : 531) ยิ่งเป็นความเจ็บป่วยทางจิต ครอบครัวยิ่งมีความเครียดมากขึ้น เพราะการเผชิญปัญหาด้วยความเจ็บป่วยทางจิต มีความยากลำบากกว่า ที่ครอบครัวมีภาระจากความเจ็บป่วยทางกาย

(Whitley and Madden 1986:265) โดยเฉพาะโรคจิตเรื้อรัง เช่น โรคจิตเภท ค่ายแล้ว สามารถก่อให้เกิดความเครียดอย่างมาก (Baker 1989:31)

จากนโยบายสากลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่พยายามให้ผู้ป่วยจิตเวชรักษาตัวอยู่ในชุมชน ในบ้าน ถ้าจำเป็นต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ก็พยายามให้อยู่โรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด โดยให้รีบจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนโดยเร็ว (Deinstitutionalization) นั้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมาก กลับไปอยู่บ้านโดยยังมีอาการแสดงอยู่ ซึ่งต้องการการดูแลประคับประคอง และเป็นการเพิ่มภาระทางใจให้แก่ครอบครัว (Baker 1989:31) ครอบครัวต้องแบกรับภาระอย่างหนักนี้ไปเป็นเวลายาวนาน (กลิต 2530: 55) ในการศึกษาติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 339 คน เป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่า ญาติที่ใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง รายงานว่ามีความยากลำบาก โดยมีญาติผู้ป่วยจำนวน 2 ใน 3 ระบุว่ามีความทุกข์อย่างมาก โดยพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา หรือ บอกว่า มีปัญหาเกิดขึ้น 3 ด้านขึ้นไปในจำนวนปัญหา 5 ด้าน คือผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ป่วย ความกังวลและความกลัวอันตรายหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับเด็ก ๆ ในบ้าน รบกวนกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมยามว่างทั้งภายในและภายนอกบ้าน ปัญหาด้านการเงิน และปัญหาเบ็ดเตล็ดอื่น ๆ (Brown, et al. 1966:111) นอกจากนี้ ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท อาจมีความเครียดได้จากปัญหาอื่น ๆ เช่น ความรู้สึกว่าถูกตำหนิ ความอับอาย ความโกรธ และความซึมเศร้า ที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยติดเหล้า หรือยาบางชนิด ปัญหาเรื่องเพศ พฤติกรรมรุนแรง การฆ่าตัวตาย และฆาตกรรม (Torrey 1983:155) จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 80 ครอบครัว ของครีเออร์และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Bernheim and Lewine 1979:156) พบว่าญาติประสบกับปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยตรง และความยุ่งยากอื่น ๆ เช่น ไม่ทราบว่าเมื่อไรและทำอย่างไร ในการส่งผู้ป่วยไปอยู่โรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลัน, การขาดบริการการช่วยเหลือประคับประคองจากบริการชุมชน, การให้ยา, ความตึงเครียดภายในบ้าน และความรู้สึกอับอาย

ภาวะครอบครวัและความเครียด

คำว่า "ภาวะ" ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2493 ได้แก่ ชุรที่หนัก การงานที่หนัก และหน้าที่ที่ตองรับเอา (พระยาอนุมานราชชน และคณะ 2515 : 686) ดังนั้น คำว่า "ภาวะครอบครวั" อาจมีความหมายถึงงานหนักที่ตองรับดิคชอบของครอบครวั ในความหมายเช่นนี้ ดูเหมือนว่าจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชัคเจนกับค้านอารมณั แต่การใช้คำว่า "ภาวะครอบครวั" ในวงการจิตเวชนั้น มีความหมายเชื่อมโยงกับค้านอารมณั คั้งที่แฟคเคน, แบบบดิงตันและคูปเปอร์ (Fadden, Bebbington and Kuipers 1987 : 285) ได้กล่าวถึงความหมายของคำว่า "ภาวะ" ในเชิงการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมว่า การที่บุคคลหนึ่งปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้น้อยหรือไม่ดี การปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมนั้นยอมตกเป็นภาวะของบุคคลอีกคนหนึ่ง ซึ่งอาจจะทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการทำกิจกรรมอื่นที่ตองการ และเกิดความรู้สึกไม่พอใจและทุกข์ได้

ความทุกข์ และความเครียด มีความหมายเกี่ยวข้องกัน ความเครียดน้อย ๆ ช่วยในการปรับตัว แต่ความเครียดมาก ณ จุดหนึ่งของคนหนึ่ง จะกลายเป็นความทุกข์ได้ (Morgan, et al. 1986:321) จึงอาจพิจารณาได้ว่า "ภาวะครอบครวั" มีความเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับความเครียด คั้งกล่าวของโกลด์แมน (Goldman 1982:557) ว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล และกลับมายู่บ้าน จะเป็นการเพิ่มความรับผิดชอบ และความตึงเครียดให้แก่ครอบครวั ทั้งในค้านอารมณัและเศรษฐกิจ

ประเภทของ "ภาวะครอบครวั" จำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท (Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:285; Lefley 1987:1065) คือ

1. ภาวะเชิงรูปธรรม เป็นภาวะที่มองเห็นได้ชัดเจน เช่น การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในกิจวัตรประจำวัน (เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความสามารถตามอายุจริงในการช่วยตัวเอง) การรบกวนคอกิจกรรมปกติภายในบ้าน การเสียเวลาและพลังงานในการติดต่อกับหน่วยบริการทางจิตเวช การเสียค่าใช้จ่าย การเกิดความชัคแย้งกับเพื่อนบ้านและความลำบากในการสืบหาโรงพยาบาลที่เหมาะสม เป็นต้น

2. ภาวะเชิงนามธรรม เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในใจของญาติผู้ป่วยจิตเวช เช่น ความ โศกเศร้า เสียหายที่บุคลิกภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ความเครียดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิต และความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย เป็นต้น

แหล่งของความเครียด

จากการทบทวนวรรณคดีและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประมวลได้ว่า แหล่งความเครียด ของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีดังนี้คือ

1. ความเครียดจากค้ำเค้นเศรษฐกิจ

มีผลวิจัยมากมายที่พบว่าญาติประสพภาวะ ปัญหาหรือความยากลำบากค้ำเค้นเศรษฐกิจ จากการที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท (Baker 1989:32; Evans 1965:186; Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:287; Kreisman and Joy 1974 :34-57 cited by Goldman 1982:557; Lefley 1987:1065; Torrey 1983:154)

ในประเทศไทย มีผลการวิจัยหลายเรื่องที่ยังรายงานเกี่ยวกับผลกระทบค้ำเค้นเศรษฐกิจ ต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น จากการศึกษาของ สงัน สุวรรณเลิศ และลัดดาวัลย์ ชวนัญสง (2520 : อิศำเนา) ปรากฏว่า ญาติของผู้ป่วยมีปัญหาเศรษฐกิจทั้งในผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ จากรุวรรณ ท.สกุล (2524 : 65) ได้ทำการวิจัยพบว่ากรณีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ทำให้เกิดผลกระทบค้ำเค้นเศรษฐกิจต่อครอบครัว รจนา กุลรัตน์ (2526 : 75-79) รายงานว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาเคื้อคร้อนในด้านความกังวลใจระคับค่อนข้างสูงในเรื่องค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลผู้ป่วย และเพชร อินอิม (2531 : 16-17) พบว่า ญาติมีความคิดเห็นว่าการ เจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย อื่น ๆ รวมทั้งค่าเดินทางมาพบแพทย์

ลักษณะของผลกระทบค้ำเค้นเศรษฐกิจ นอกจากความจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินจำนวนหนึ่ง เพื่อการรักษาดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีผลกระทบต่อยาได้ของครอบครัว ซึ่งจะเป็ปัญหา

รุนแรงที่สุด เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทเคยเป็นผู้ประกอบอาชีพหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว หรือผลจากความเจ็บป่วยนี้เป็นอุปสรรคกับญาติ ไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ (Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:287) เลฟเลย์ (Lefley 1987:1065) สํารวจพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถจัดการเรื่องการเงินได้ เช่น ใช้จ่ายสุรุ่ยสุร่าย หรือทำเงินสูญหาย ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดความตึงเครียด ส่วนเบเคอร์ (Baker 1989:22) พบว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้เงินออมหมดสิ้นไป และนำไปสู่ความลำบากอย่างรุนแรง ทั้งนี้ รวมทั้งครอบครัวที่ยากจน มีปัญหาเศรษฐกิจอยู่แล้ว ความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ยากด้านชีวิตความเป็นอยู่และเศรษฐกิจเป็นทวีคูณ

2. ความเครียดจากด้านชีวิตสังคมและส่วนตัว

การใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวหลายด้าน รวมทั้งผลกระทบต่อด้านชีวิตทางสังคมและส่วนตัว (Fadden, Bebbington and Kuipers 1987: 285-286; Lefley 1987:1065; Torrey 1983:154) จากการวิจัย ญาติรายงานว่าการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผลกระทบต่อการทำงานทางสังคม และงานอดิเรกของตน (Brown, et al. 1966:101)

ลักษณะของผลกระทบต่อด้านชีวิตสังคม อาจเกี่ยวเนื่องกับความอับอาย ขาร์โรว์และคณะ (Yarrow, Clousen and Robblins 1955 a : 33-48 cited by Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:286) ศึกษาพบว่า ภรรยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท เชื่ออย่างฝังใจว่า คนอื่นมองการเจ็บป่วยทางจิตว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย ทำให้ภรรยาของผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 3 พยายามปกปิดเรื่องความเจ็บป่วยของสามี โดยตัดขาดจากการติดต่อกับเพื่อน ๆ บางคนถึงขั้นย้ายไปอยู่ที่อื่น อีก 2 ใน 3 ที่เหลือ บอกเฉพาะในหมู่ญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เข้าใจปัญหา หรือตกอยู่ในสถานการณ์คล้าย ๆ กับพวกเขา นอกจากนี้ ยังมีการวิจัยพบว่า ญาติรู้สึกอับอายเพราะพฤติกรรมของผู้ป่วย จนไม่สามารถเชิญแขกมาบ้าน (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:242)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมประหลาด ๆ ที่เป็นอุปสรรคทางสังคม แม้ว่าจะมีผู้ป่วยบางคนไม่ปรารถนาจะติดต่อกับสังคม แต่ก็ยังมีบางคนที่ตื่นตัวในการสร้างสัมพันธ์ภาพทาง

สังคมมาก แต่ขาดทักษะทางสังคม บิคามารดาของผู้ป่วยคนหนึ่งบรรยายว่า ผู้ป่วยจะดึงเพื่อนคนใดก็ตามของพี่ชายที่เข้ามาในบ้าน และจะคุยกับเพื่อนคนนั้นอย่างไม่หยุด จนกว่าจะมีใครสักคนในบ้านมาเห็นและเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยบางคนพูดแปลก ๆ และไม่เข้าใจเรื่องที่กำลังสนทนากัน จนทำให้เกิดความเงิบอย่างน่าอึดอัดขึ้นในวงสนทนา ภรรยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทคนหนึ่งพูดด้วยความเสียใจและขมขื่นว่า "พวกเราไม่เคยได้รับเชิญไปที่ใดมากกว่าครึ่ง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:238)

ผลกระทบต่อชีวิตสังคมและส่วนตัวที่เนื่องมาจากการพยายามทำหน้าที่ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (Baker 1989:32) เช่น ญาติไม่สามารถไปนอกบ้านได้เพราะสภาพผู้ป่วยไม่อาจถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพังนาน ๆ ได้ (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:242) กิจกรรมอื่น ๆ ทางสังคม และอิสระส่วนตัวถูกจำกัด (Baker 1989:32; Torrey 1983:19) ผลที่ตามมาคือ ญาติรู้สึกคับข้องใจและขุ่นเคือง จนถึงเป็นความรู้สึกขมขื่นอย่างมากสมูอยู่ภายในใจของญาติภายใต้กิจกรรมประจำวัน เหมือนกรรทีที่คอยกัดกร่อน บางครั้งความโกรธไม่ได้แสดงออกมา แต่เก็บกดไว้ และออกมาในรูปของความซึมเศร้า (Torrey 1983:159)

3. ความเครียดจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกคนอื่น ๆ คุยกันเอง โดยทั่วไป ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจะมีการให้ความช่วยเหลือประคับประคอง (Supportive) ซึ่งกันและกัน แต่ความเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทของสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสัมพันธ์ภายในทางลบ นำไปสู่ความขัดแย้งและความเครียด ภายในครอบครัวได้ ดังผลการวิจัยของ อะไซ (Asai, 1983:262) ในการศึกษาเรื่องการตอบสนองของครอบครัวชาวญี่ปุ่นต่อความผิดปกติทางจิต ผลปรากฏว่าประมาณครึ่งหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่เป็นตัวอย่างประชากร มีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมสัมพันธ์ภายในครอบครัวในทางลบ ภายหลังจากเกิดความเจ็บป่วยทางจิต

ในประเทศไทย มีการศึกษาหลายเรื่องรายงานถึงผลกระทบต่อสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช เช่น จารุวรรณ ต.สกุล (2524 : 65) พบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภท

อยู่ในบ้าน มีผลกระทบด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว จำนวน 1 ใน 3 ของครอบครัวทั้งหมด ที่ศึกษา รจนา กุรัตน (2526 : 75-79) รายงานผลการศึกษาว่า ญาติมีปัญหาความเดือดร้อนจากการมีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในบ้านค่อนข้างมาก จากความกังวลใจที่คนในครอบครัวมีการทะเลาะเบาะแว้งกันอยู่เสมอ และ สงัน สุวรรณเลิศ และลัดดาวัลย์ ชวัญสง (2520 : อิศำเนา) พบว่า "ญาติของผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาเกี่ยวเนื่องกับผู้ป่วยคือมีความขัดแย้งภายในครอบครัว"

ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวส่วนหนึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทในการแสดงออกถึงความรู้สึก ความคิด และความต้องการของตนเอง กษที่ญาติต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ซึ่งดูเหมือนว่าจะไม่ตอบสนองต่อสิ่งใด ๆ ทำให้ญาติรู้สึกคับข้องใจ หมกหมอง และโกรธได้ (Bennett 1978:223) ครีเออร์และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:235-236) ได้บรรยายถึงความทุกข์ใจของญาติเกี่ยวกับพฤติกรรมกรมดอยหนีจากการติดต่อกับคนรอบข้างของผู้ป่วยอย่างละเอียดว่า ญาติผู้ป่วยจำนวนมาก ที่อยู่เคียงข้างและคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างดีเป็นปี ๆ ตลอดระยะเวลาของความเจ็บป่วย รู้สึกสะเทือนใจที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการดูแลของพวกเขาน้อยมาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดอยหนี มีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถทนต่อการปรากฏกายเป็นเวลานานของผู้อื่น เช่นมารดาของผู้ป่วยคนหนึ่งเล่าว่า แม่ผู้ป่วยจะอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวมานานับสิบปี แต่ควยอาการทางจิตเภท บางทีในทันทีทันใด เขาจะไม่สามารถทนเห็นสมาชิกในครอบครัวที่เขาคุ้นเคยได้ เหตุการณ์เช่นนี้ นำไปสู่ความปั่นป่วนในครอบครัว นอกจากนี้ญาติจำนวนมาก กล่าวถึง การไม่คอยสนทนาของผู้ป่วยว่าเป็นปัญหา ถ้าเป็นผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว และอาศัยอยู่กับคู่สมรส คู่สมรสมักจะต้องการการพูดคุยและความเป็นเพื่อนจากผู้ป่วย หรือในรายที่ญาติกับผู้ป่วยอยู่ด้วยกันสองคน บางครั้ง ญาติปรารถนาที่จะพูดคุยบ้าง และสนุกกับผู้ป่วยบ้าง หญิงชราคนหนึ่งอาศัยอยู่กับหลาน เธอค่อนข้างโดดเดี่ยว ไปไหนไกลไม่ได้ เพราะเป็นโรคไขข้ออักเสบ เธอเล่าว่า เธออยากจะพูดคุยกับหลานที่กลับมาจากศูนย์จิตเวชกลางวัน แต่เธอบอกว่าทุกเย็น หลานของเธอจะรับประทานอาหารที่เธอเตรียมไว้แล้ว อย่างเงียบ ๆ และไปเข้าห้องนอน บ่อยครั้งที่ญาติปรารถนาจะรับฟังการพูดคุยของผู้ป่วย เรียนรู้ว่าอะไรทำให้ผู้ป่วยเดือดร้อน คุยกันใหญ่เรื่อง และสื่อความรัก ความหวังโย ให้ผู้ป่วยทราบ แต่ผู้ป่วยคงมีแต่ความเงียบ

สัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งปกติมีการให้ความช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกัน และกันระหว่างสมาชิกทุกคนในครอบครัว แต่เมื่อสมาชิกคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท ภาระของครอบครัว (Family burden) ที่เน้นความใส่ใจที่ผู้ป่วย มักจะยังผลให้ละเลยความต้องการของสมาชิกคนอื่น ๆ (Leffey 1987:1065; Torrey 1983:154) ทำให้สมาชิกคนอื่นเกิดความน้อยใจ คับข้องใจตามมาได้

ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตต่อสัมพันธ์ภายในครอบครัวอีกอย่างหนึ่งคือ ทำให้เกิดความขัดแย้งและการทะเลาะวิวาท แฮทฟิลด์ (Hatfield 1979 cited by Stuart and Sandeen 1987:319) สํารวจพบว่า สิ่งที่ทำให้ครอบครัวเดือดร้อนมากที่สุดอย่างหนึ่งคือ การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสัมพันธ์ทางลบกับพี่น้อง และบิดามารดาเกิดความบาดหมางกันจากเรื่องความเจ็บป่วยของบุตร และเครสแมนและจอย (Kreisman and Joy 1974: 34-57 cited by Goldman 1982:557) ใ้บทบทวนวรรณคดีอย่างสมบูรณ์เกี่ยวกับการตอบสนองของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยทางจิต พวกเขาบอกว่าแหล่งของภาระครอบครัวอย่างหนึ่งคือ ชีวิตสมรสเกิดความแตกแยกเนื่องจากความเจ็บป่วยนั้น

สัมพันธ์ทางลบภายในครอบครัว ส่วนหนึ่งอาจเกิดเนื่องจากญาติขาดความเข้าใจ และความเห็นใจผู้ป่วย ในการศึกษาโดยการสังเกตในระหว่างการสัมภาษณ์และการติดต่อกันอื่น ๆ กับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ของ อะลานเน และคณะ (Alanen, et al. 1986:57-58) พบว่า ญาติขาดความเข้าใจและรู้สึกเป็นปรีดิ์กับผู้ป่วยโรคจิตเภท

4. ความเครียดจากความอับอาย (Stigma)

ในสังคมทั่วไป เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางกาย บุคคลมักจะมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา และมักจะไม่สนใจที่จะบอกให้ผู้อื่นทราบ แต่สำหรับการเจ็บป่วยทางจิตนั้น ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมมานานแล้ว ว่าเป็นโรคปกคิอย่างหนึ่งที่มีโอกาสช่วยด้วยโรคนี้ได้เช่นเดียวกับโรคทางกาย ทักษะคติของญาติต่อการเจ็บป่วยทางจิต มักออกมาในรูปของความอับอาย ไม่อยากให้เห็นผู้อื่นรู้ว่าญาติหรือคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต จากประวัติศาสตร์จิตเวชสากล (สุพัฒนา เศษาศิวังศ์ ณ อยุรยา 2520 : 30 ; สุวัฒน์ อาวีพรศ 2524 : 44) แม้จนถึงคริสต์ศตวรรษที่ 18 คนส่วนใหญ่ยังคิดว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเป็นเรื่องน่าอับอาย น่าดูถูก รังเกียจ และหัวเราะเยาะเย้ย ควรปกปิดและทอดทิ้ง ต่อมา

(สุทัศน์ เทชาติวงศ์ ณ อยุธยา 2520 : 30) ในปลายคริสต์ศตวรรษที่ 18 นี้ ประชาชนทั่วไปยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น

ปัจจุบัน ทักษะคติต่อความเจ็บป่วยทางจิต ยังคงเป็นหัวข้อวิจัยที่ศึกษากันอย่างแพร่หลาย มาทีเอนอส และคณะ (Madianos et al. 1987:158) ได้ศึกษาทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิต ของชาวกรุงเอเธนส์ ประเทศกรีซ ในตัวอย่างประชากรจำนวน 1,574 คน ผลปรากฏว่า ประชากรบางกลุ่มยังมีความรู้สึกไม่ยอมรับ หวาดระแวง และกลัวความเจ็บป่วยทางจิต การวิจัยอื่น ๆ อีกหลายเรื่องทางไคผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า ชุมชนมีทัศนคติไม่ยอมรับมากกว่ายอมรับ และมีความอับอายต่อความเจ็บป่วยทางจิต (Asai 1983:262; Nieradzik and Cochrane 1985:23; Shurka 1983:101)

ในประเทศไทย ญาติยังมีความรู้สึกอับอายที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ดังเช่นการศึกษาของ สงัน สุวรรณเลิศ และลักคาวลัย ขวัญสง (2520 : อักสำเนา) ซึ่งได้ศึกษาทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วย พบว่า ญาติของผู้ป่วยจิตเวช มีปัญหาจากความรู้สึกอับอาย กลัวเสียประวัติ เพชรา อินอิม (2531 : 16-17) ได้ศึกษาความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า แม้ญาติจะเห็นว่า ไม่ควรกักขังผู้ป่วยตลอดเวลา แต่ก็เห็นว่า ต้องดูแลผู้ป่วยไว้ไม่ให้ผู้ป่วยทำให้ญาติอับอาย ต้องแยกผู้ป่วยไม่ให้เกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ และญาติไม่ยอมให้ผู้อื่นรู้ว่าญาติป่วยเป็นโรคนั้น และ บุญรัตน์ มิ่งาม (2530 : 33-42) ได้ศึกษาทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิต ผลปรากฏว่า มีจำนวนญาติเกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการมีผู้ป่วยโรคจิตในบ้านเป็นเรื่องน่าอับอาย

ญาติได้บรรยายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของความอับอาย เช่น ผู้ป่วยอาจจะนั่งในท่าแปลก ๆ บางคนหัวเราะหรือคุยคนเดียววน ๆ (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:238) ทอมสันและดอล (Thompson and Doll 1982 : 379-388 cited by Baker 1989:32) พบว่า ร้อยละ 46 ของญาติผู้ป่วยจิตเวช มีความอับอายเนื่องจากอาการของผู้ป่วย ครีเออร์และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:242) กล่าวว่า ปฏิกริยาของชุมชนที่สืบเนื่องมาจากทัศนคติทางลบต่อโรคจิตที่แพร่หลายในสังคมของชาวอังกฤษ เป็นความลำบากใจสำหรับญาติ ยกตัวอย่างเช่น สามีคนหนึ่งอายุ 40 ปี ภรรยาของเขาเพิ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทเมื่อไม่นานมานี้ พวกเขา

"เมื่อเพื่อน ๆ ของเราได้ทราบข่าวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของภรรยาของผม คุณเหมือนว่าพวกเขาจะมองความเจ็บป่วยนั้นราวกับว่าเป็นความหายนะชนิดหนึ่ง คุณเหมือนพวกเขาจะมีทัศนคติว่าเธอจะไม่กลับคืนคิดังเดิมอีกแล้ว ไม่สามารถออกไปข้างนอกหรือทำอะไร ๆ ได้อีก" สาเหตุอื่น ๆ ของความอับอาย ได้แก่ ผู้ป่วยมีอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ทำให้ร่างกายมีกลิ่นเหม็นน่ารังเกียจ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดความตึงเครียดได้มาก (Lefley 1987:1065)

5. ความเครียดจากความรู้สึกผิด (Guilt)

ความรู้สึกผิด (Guilt) เป็นที่มาของความเครียดอย่างหนึ่ง (Baker 1989 : 32-33) ความรู้สึกผิด เกิดขึ้นได้จากการที่นักวิชาการบางคน ทั้งสมมติฐานว่าครอบครัวเป็นองค์ประกอบของสาเหตุการป่วยเป็นโรคจิตเภท และกล่าวโทษเป็นนัย ๆ ว่าญาติเป็นสาเหตุ (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:241; Fleck 1965:275; Pakenham and Dadds 1987:581; Bernheim and Lewine 1979: 148)

ญาติจำนวนมากเดือดร้อนกับความรู้สึกผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเฉพาะบิดามารดาของผู้ป่วย (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:241) บิดาอาจจะโทษตนเองที่ไม่คอยอยู่บ้านในระยะที่บุตรยังเล็ก มารดาอาจโทษตนเองที่แสดงอารมณ์โกรธกับบุตรเป็นบางครั้ง หมกมุ่นหรือปกป้องบุตรมากเกินไป ทั้งคู่จะโทษตนเอง และโทษซึ่งกันและกันที่ดูแลมากหรือน้อยเกินไป เข้มงวดหรือปล่อยปละละเลยมากเกินไป ทำโทษมากไปหรือปกป้องมากไป

บิดามารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภท มักจะรู้สึกผิดอย่างรุนแรง ที่ไม่สามารถรู้ถึงอาการแสดงเริ่มแรกของโรคและให้ความช่วยเหลือแก้ไขแต่เนิ่น พวกเขารู้สึกว่า ถ้าเพียงแต่พวกเขา มีความรู้มากขึ้นและรับผิดชอบมากขึ้น โรคจิตเภทคงไม่เกิดขึ้น ทั้งที่โดยแท้จริงแล้ว โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้า ๆ ใช้เวลาหลายเดือน นอกจากนี้ มักจะเริ่มเป็นระหว่างวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ เป็นปัญหาและสับสนสำหรับวัยรุ่นส่วนใหญ่ บ่อยครั้งที่ครอบครัว ไม่ได้ตระหนักพอที่จะเห็นความผิดปกติ และเสาะหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ จนกว่าพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงมาก หรือมีอาการแสดงชัดเจนของความเสื่อมในหน้าที่ของกิจวัตรปกติ

ความรู้สึกผิดอย่างอื่น ๆ ได้แก่ ญาติรู้สึกผิด ที่พวกเขาไม่สามารถ ให้การช่วยเหลือ

ประคับประคองผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ เพราะบางครั้งพวกเขาพบว่าพวกเขา รู้สึกขุ่นเคือง
ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมยากต่อการควบคุม (Creer and Wing 1974 cited by Kane
1984:21)

ผลของความรู้สึกผิด อาจะกลายเป็นความขุ่นเคือง โกรธสมาชิกของครอบครัวที่
ป่วยเป็นโรคจิตเภท หรืออาจทำให้ครอบครัวไม่ยอมพาผู้ป่วยไปรับการรักษา ญาติผู้ป่วยจำนวน
มากกล่าวว่า ความรู้สึกผิดที่มีมากอาจทำให้ญาติเกิดความรู้สึกซึมเศร้า คั่งที่ทอรี่ (Torrey
1983:157) โดยยกตัวอย่างจากจดหมายของผู้หญิงคนหนึ่งเขียนถึงเขาว่า

แม่ของฉันทายเมื่อ 12 ปีมาแล้ว ค้ายความตรอมใจจากการเจ็บป่วยของน้องสาวของฉัน
หลังจากอ่านหนังสือและบทความต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท แม่คิดว่า แม่มีส่วนทำ
ในน้องเป็นโรคจิตเภทนั้น พออายุ 70 ปี รับน้องสาวของฉันออกจากโรงพยาบาล กลับ
บ้านและพยายามพิสูจน์ว่าน้องสาวของฉันไม่ไ้ป่วย น้องสาวของฉันป่วยมาก ในที่สุด พ่อ
ก็ตองส่งเธอกลับไปอยู่โรงพยาบาล

6. ความเครียดจากความกังวล

สภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะไม่กลับ เป็นปกติเหมือนเดิม แม้จะได้รับการรักษา
อย่างดีและต่อเนื่องก็ตาม คั้งที่ สุวทนา อารีพรรค (2524:257) กล่าวว่า ผู้ที่ป่วยเป็น
โรคจิตเภทแล้วมักจะไม่หาย เป็นปกติเหมือนเดิม สิ่งนี้ทำให้ญาติเกิดความกังวลว่าจะไม่สามารถ
รักษาผู้ป่วยให้หายดีคั้งเดิม จากการวิจัยของ ดอลล์ (Doll 1976:183 cited by
Stuart and Sandeen 1987:320) ในการสำรวจญาติผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 125 คน
ผลปรากฏว่า ญาติได้ระบายความรู้สึกกลัวว่าสภาพของผู้ป่วยคงจะมีการเปลี่ยนแปลง เล็กน้อย
หรือไม่มีการ เปลี่ยนแปลงเลย ญาติระบายว่าเป็นความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในกับดัก เลวิต
(Leavitt 1975:24-33 cited by Stuart and Sandeen 1987:319)

ได้สัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ญาติมองในแง่ร้ายเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย โดย
มีความคิดเห็นว่าผู้ป่วยจะไม่ดีขึ้น

แม้ว่าร่างกายของผู้ป่วยไม่ได้สูญสิ้นไป แต่ชีวิตทางอารมณ์และสังคมเสื่อมไป คาด
หวังอนาคตไม่ได้ ทั้งคั้งการทำงานหารายได้ การศึกษา และมนุษยสัมพันธ์ ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่
มีศักยภาพจำกัด (Baker 1989:32) ญาติจึงมีความกังวล เกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยว่าผู้ป่วย
จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร รวมทั้งกังวลว่าใครจะดูแลผู้ป่วย ถ้าญาติ

ต้องเสียชีวิตไป เลฟเลย์ (Lefley 1987:1067) กล่าวว่า การที่บิดามารดากลัว
 ผู้ป่วยจะทำอย่างไรเมื่อบิดามารดาได้เสียชีวิตไปแล้ว เป็นเรื่องที่ถูกปรายกันอย่างกว้างขวางใน
 คานที่เป็นภาระครอบครัว เป็นตัวอย่างชัดเจนของปัญหาความเครียดทางอารมณ์ นอกจากนี้
 ในฐานะเป็นญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคจิต ญาติมีความห่วงใยเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง และ
 คนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย ดังที่ ยาร์โรว์ และคณะ (Yarrow, Clausek and Rob-
 bling 1955 a cited by Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:287)
 ได้ศึกษาพบว่า การที่สามีป่วยเป็นโรคจิต มีผลต่อจิตใจของภรรยา เกิดความวิตกกังวล
 (Anxiety) ที่มีสามีป่วยเป็นโรคจิต และตนต้องคอยดูแลสามีในฐานะผู้ป่วยทางจิตและกังวล
 ถึงอนาคตของตนเอง

7. ความเครียดที่เกิดจากพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย (Sexual activities)

พฤติกรรมทางเพศเป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิต
 เกท (Torrey 1983:155) สกีน สุวรรณเลิศ และลัดดาวลัย ชวัญสง (2520 :
 อัดสำเนา) ศึกษาพบว่า ทัศนคติของผู้ป่วยจิตเวชเก่า และผู้ป่วยจิตเวชใหม่ทางมีปัญหา เกี่ยว
 กับผู้ป่วยคือ มีปัญหาพฤติกรรมทางเพศ

ลักษณะพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาหนักใจแก่ญาติผู้ป่วย ได้แก่การมีเพศ
 สัมพันธ์โดยไม่ถูกต้องตามประเพณี และการตั้งครรภ์นอกสมรส เจนนิ่งส์ และคณะ
 (Jennings, et al. 1987:668-669) ได้รายงานไว้ว่า ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวช
 ผู้หญิง 87 คนที่ศึกษา โดยแยกเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเกินครึ่ง (ร้อยละ 64) นั้น บิดามารดา
 ของผู้ป่วยรายงานวาระร้อยละ 22 ของผู้ป่วยทั้งหมด เคยมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้องตามประเพณี
 ในจำนวนนี้เกือบครึ่งหนึ่งเคยตั้งครรภ์ในบางครั้ง และ 1 ใน 3 ได้คลอดบุตร และบุตรยังมี
 ชีวิตอยู่ ส่วนอีกร้อยละ 60 ของผู้ตั้งครรภ์ได้แท้งบุตร อย่างไรก็ตาม ทูร์รี่ (Torrey
 1983:171-172) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้หญิงตั้งครรภ์โดยไม่ทราบว่าใครเป็นสามี
 พบได้ไม่บ่อยนัก ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจาก ความต้องการทางเพศต่ำ อัตราการเกิดโอกาส
 รวมเพศต่ำ และบางทีอาจเนื่องจากความผิดปกติในระบบฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารีซึ่งเกี่ยวข้อง
 กับกระบวนการของโรคจิตต่อระบบภายในสมอง

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แต่งงานแล้ว ปัญหาพฤติกรรมทางเพศเกิดขึ้นได้จาก

การมีความต้องการทางเพศน้อยลงหรือมากขึ้น จากการศึกษานี้ของครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:240) พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากแสดงออกถึงการหมดความสนใจในเรื่องเพศอย่างสิ้นเชิง หรือผู้ป่วยบางรายหลีกเลี่ยงเรื่องทางเพศด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น ความหลงผิดว่าตั้งครรภ์ จึงหลีกเลี่ยงเพื่อไม่ให้เป็นที่อับอายแก่ผู้อื่นในครอบครัว หรือเพราะความซับซ้อนของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและอารมณ์ของผู้ป่วยเองที่มีต่อเพศตรงข้าม หรือเพราะความต้องการทางเพศถูกกดไว้โดยกระบวนการของโรคเอง หรือโดยอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายอาจมีความตื่นตัวมากในเรื่องเพศ ซึ่งอาจเป็นเพราะความพึงพอใจในเรื่องเพศ หรือเพื่อการแลกเปลี่ยนกับสิ่งของ เช่น บุหรี่ และอาหาร เป็นต้น ความตื่นตัวมากนี้อาจทำให้ญาติประสพปัญหาตามมา เช่น ความอับอายที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความสนใจทางเพศมาก (Torrey 1983:171-172)

8. ความเครียดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

เมื่อพิจารณาถึงความเชื่อมโยงแล้ว อาจกล่าวได้ว่าแหล่งความเครียดต่าง ๆ ทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น มีผลมาจากพฤติกรรมหรืออาการแสดงของความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททั้งสิ้น ในที่นี้ จะกล่าวเน้นเฉพาะลักษณะของพฤติกรรม ผลของพฤติกรรมโดยทั่วไปและพฤติกรรมแบบต่าง ๆ ที่มีส่วนก่อความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่นอกเหนือจากพฤติกรรมในแง่ที่เกี่ยวข้องกับแหล่งความเครียดต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกมาโดยไม่สามารถคาดหมายล่วงหน้าได้ เป็นแหล่งของความตึงเครียดมากที่สุดของญาติผู้ป่วย (Torrey 1983:154) อารมณ์ของผู้ป่วยขึ้น ๆ ลง ๆ อย่างคาดหมายไม่ได้ บางครั้งอารมณ์ไม่ดี หรือแสดงพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นสิ่งที่ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบ จากการวิจัยของฟรานเซล (Francell 1988:1297) ถึงสิ่งที่ญาติรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่า ญาติรู้สึกว่าคุณลักษณะของพฤติกรรมที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ของความเจ็บป่วยทางจิต เป็นภาระที่ล้นเหลือแก่ครอบครัว ส่วนครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:240-241) ศึกษาพบว่า ญาติรู้สึกถึงเครียดกับอารมณ์และพฤติกรรมที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะ



พฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ชกตอยญาติ หรือ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แล้วพยายามฆ่าตัวตาย และจากการสำรวจครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยแฮทฟิลด์ (Hatfield 1979 cited by Stuart and Sandeen 1987:319) ปรากฏว่า ผลของพฤติกรรมที่รบกวนครอบครัวมากที่สุดอย่างหนึ่ง คือ ความตึงเครียดจากพฤติกรรมที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้

นอกจากลักษณะของพฤติกรรมที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ เป็นสิ่งที่ก่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแล้ว พฤติกรรมทั่วไปของผู้ป่วย สามารถทำให้ญาติเกิดความตึงเครียดได้มากมาย (Lefley 1987:1065) จากการศึกษาของโคโซลีนและนิวเทอร์ลีน (Cozoline and Nuechterlein 1986:31) โดยสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้คำถามว่ามีอะไรบางอย่างที่ญาติรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่รบกวน ผลคือ ญาติส่วนมากรายงานว่า พวกเขาถูกรบกวนมาก โดยพฤติกรรมของผู้ป่วย บราวน์ และคณะ (Brown, et al. 1966:111) ได้ศึกษาแบบติดตามประเมินผลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลปรากฏว่า ญาติส่วนใหญ่ที่ใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยเรื้อรังใคร่ครวญ มีความทุกข์อย่างรุนแรง โดยพฤติกรรมของผู้ป่วยและความทุกข์ของญาติ มีความสัมพันธ์สูงกับระดับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย คอลล (Doll 1976:183 cited by Stuart and Sandeen 1987:320) สำรวจญาติผู้ป่วยจิตเวช 125 คน พบว่า พฤติกรรมที่ผิดปกติสูง ทำให้ญาติเกิดความเครียด

พฤติกรรมปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ญาติพบมากที่สุด ได้แก่ พฤติกรรมการถอยหนีจากสังคม (Social Withdrawal) จากการศึกษาของครีเออร์และวิง (Creer and Wing) พบว่า ครอบครัวจำนวน 3 ใน 4 ของครอบครัวที่ศึกษาทั้งหมด รายงานว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการถอยหนีและแยกตัว เช่น เงียบขงา ไม่ค่อยพูด มีความสนใจน้อยมากในการทำงานอดิเรก พฤติกรรมการถอยหนีและนำไปสู่การใช้ชีวิตอยู่คนเดียว แม้จะอยู่บ้านเดียวกับญาติก็ตาม สิ่งนี้ ทำให้ญาติรู้สึกสะเทือนใจ ผู้ป่วยบางคนอยู่รวมกับคนอื่นไม่ได้ แม้แต่คนในครอบครัวเดียวกัน

วิถีทางอื่นที่ผู้ป่วยถอยหนีจากโลกภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ญาติรู้สึกสะเทือนใจ แสดงออกมาด้วยการขาดความปรารถนาที่จะทำอะไรในแต่ละวัน ผู้ป่วยจำนวนมาก ใช้เวลาระยะหนึ่ง (และบางทีนานมาก) ของแต่ละวันโดยไม่ทำอะไรเลย นั่งที่เก้าอี้ หรือนอนบนเตียง มารดาคนหนึ่งบรรยายว่า "เวลาเย็น คุณเข้าไปในห้องนั่งเล่นภายในห้องมืด คุณเปิดไฟ และเขาอยู่ที่นั่น

นั่งอยู่ที่นั่น ทรงข้ามคุณ" ผู้ป่วยอื่น ๆ ไม่ทำอะไรเลย ใช้เวลาอันมากด้วยการแสดงท่าทาง
ซ้ำ ๆ ไร้จุดหมาย เช่น ชงกาแฟไม่หยุด หรือสูบบุหรี่มวนต่อมวนเป็นชั่วโมง

นอกจากนี้ ญาติยังเครียดจากความไม่แน่ใจว่าจะทำอะไรเพื่อช่วยผู้ป่วย ให้ใช้
เวลาว่างหลายชั่วโมงตั้งแต่เวลาอาหารเช้า จนถึงเวลาก่อนนอน ญาติบางคนรู้สึกว่าการไม่ทำ
อะไรของผู้ป่วยอาจเป็นการป้องกันตนเอง เขาต้องการช่วงเวลาที่ไม่ต้องทำอะไรเพื่อที่จะป้อง
กันจากการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยคนหนึ่งเป็นเด็กหนุ่ม ใ้บอกมารดาของเขาว่าเขาคงการนอนบน
เตียงเป็นเวลาหลายชั่วโมงในตอนบ่ายเพราะเขา "อวัยวะภายในหมกกำลังแล้ว" เด็กหนุ่มคนนี้
ยังดีกว่าอีกหลาย ๆ คน ที่เขาสามารถสื่อได้คือว่า ทำไมเขาจึงทำเช่นนั้น เขาสามารถสื่อให้
มารดาเข้าใจและไม่รู้สึกวิตกกังวลในช่วงเวลาที่เขานอนบนเตียงในรายนี้ เด็กหนุ่มทำงานใน
ระหว่างวัน และมารดาของเขารู้สึกพอใจ และรู้สึกว่าเขาคงการพักผ่อนเพื่อเติมพลังใหม่

บางที ญาติกลัวว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยว่างมากเกินไป อาจนำไปสู่การถอยหนีมากขึ้น
ญาติบางคนสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำงานอดิเรกบางอย่างที่สนใจ อย่างไรก็ตาม เป็นส่วนหนึ่งของ
ถอยหนีจากชีวิตที่เขาไม่มีความสนใจน้อยมากในกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยพยายามทำงานบาง
อย่าง เขาอาจจะงุนงงและข้ามมาก มารดาคนหนึ่งบอกว่า เธอขอให้บุตรสาวที่ป่วยด้วยโรคจิต
เภทคุยคุ้ยที่พื้น ผู้ป่วยใช้เวลาานามาก และทำได้เล็กน้อย โดยหยุดบ่อยและยืนนิ่งท่าเดิม

ผู้ป่วยบางคนไม่เอาใจใส่อนามัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับญาติ (Creer and
Wing 1974 cited by Bernkeim and Lewine 1979:155, cited by
Creer 1978:235-237; cited by Fadden, Bebbington and Kuipers
1987:288; cited by Kane 1984:21)

พฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นปัญหาอีกอย่าง
หนึ่งที่ทำให้ญาติตกใจ หงุดหงิด และกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภทเองและ
สมาชิกคนอื่นในครอบครัว (Evans 1965:186; Torrey 1983:154) เคน(Kane)
ได้ศึกษาความลำบากที่ญาติต้องประสบกับพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทว่า
ญาติไม่มีห้องในบ้านที่จะจัดให้ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ได้โดยไม่ทำอันตรายกับผู้ใด หรือทำลายข้าวของ
เครื่องใช้และเฟอร์นิเจอร์ ญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และญาติไม่มีช่วงพักจาก
การดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย ต่างจากสภาพการณ์ในโรงพยาบาล ที่พฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรง

ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ผ่านการฝึกฝนโดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย มาแล้ว โรงพยาบาลมีห้องเยี่ยม ๆ เฉพาะที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ได้อย่างสบาย และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย มีการผลัดเปลี่ยนกันทุก 8 ชั่วโมง ทำให้มีเวลาพักจากการดูแล (Kane 1984:23)

บราวน์ และคณะ (Brown, et al. 1966:102,111) พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบอกว่า มีความกังวลใจจากความกลัวพฤติกรรมก้าวร้าวหรือรุนแรงของผู้ป่วย บรูว์ตัน มิงาม (2530 : 33-42) ศึกษาพบว่าญาติกว่าครึ่งหนึ่งในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ควรเข้าใกล้ สก๊นท์ สุวรรณเลิศ และลัดดาวลัย ขวัญสง (2520 : อักสำเนา) พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วย มิลล์ (Mills 1962 cited by Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:287) ศึกษาพบว่า ญาติหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเภทที่อาจทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะเจ็บ ๆ และถอยหนี แต่บางที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้เมื่อตกใจกลัวอย่างรุนแรง และมองไม่เห็นทางจะหนีสถานการณ์ที่ก่อกวนนั้น ผู้ป่วยอาจรับรู้เองว่าตนอยู่ท่ามกลางความมุ่งร้ายและอันตราย ทั้งที่จริง ๆ พวกเขาอยู่ในที่ปลอดภัย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจเกิดความหวาดระแวงสมาชิกในครอบครัวของเขา และเพื่อนร่วมกันคิดอุบายเพื่อวางยาพิษผู้ป่วย และผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมรุนแรง เพื่อป้องกันตนเองจากการคุกคามที่เกิดจากการรับรู้

บางครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการบางอย่างเป็นสัญญาณเตือนก่อนมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือรุนแรง เช่น กลาวโทษผู้อื่นว่า ตั้งใจจะทำร้ายเขา หรือโดยมีอาการหวาดระแวงและถอยหนี หรือดูเหมือนมีอาการโกรธและพฤติกรรมน่ากลัว อาการต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเกิดขึ้นพร้อมกัน หรือติดต่อกันอย่างรวดเร็ว และอาจเป็นอาการเตือนของพฤติกรรมก้าวร้าว รายที่นำกลัวก็คือ รายที่ปกปิดความคิด ความรู้สึกหลงผิดของเขา รายเช่นนี้ ไม่มีอาการเตือนใด ๆ

ครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:240) พบว่า บรรยากาศของความตึงเครียดในครอบครัว มีแนวโน้มจะคงอยู่ ถ้าได้เคยเกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้น แม้จะผ่านมานานแล้วก็ตาม ญาติมักจะไม่ลืมเหตุการณ์นั้น และกังวลหรือกลัวว่าความรุนแรงแบบเดิมจะเกิดขึ้นอีกโดยไม่มีอาการเตือนใด ๆ ตัวอย่างเช่น บิดาคนหนึ่งคุยกับบุตรชาย

ซึ่งเป็นโรคจิตเภทในรถ โดยไม่มีอาการใด ๆ ผิดปกติ และไม่มีอะไรที่ทำให้บุุครชายของเขาเสียใจในวันนั้น เมื่อบิดาทันหน้ามา ทันใดนั้นบุุครชายค่อยเขาย่างแรง จนจมูกของเขาแตก ทั้ง ๆ ที่ไม่มีเหตุผลใด ๆ บิดาของผู้ป่วยรู้สึกว่เหตุการณ์เช่นนั้นสามารถเกิดขึ้นอีกเวลาใดก็ได้

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทอีกอย่างหนึ่งคือ ความคิดหลงผิด ในการวิจัยของ แกรด และเซนส์เบิร์ก (Grad and Sainsburg 1963 a,b cited by Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:287) ผลปรากฏว่พฤติกรรมที่ญาติให้ระค้บว่เป็นภาระอย่างยิง คือ ความคิดหลงผิด จากการศึกษาของครีเออร์ และวิง (Creer and Wings 1974 cited by Bernheim and Lewine 1979:155-156, and cited by Creer 1978:239) ปรากฏว่ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ศึกษา มีความคิดหลงผิดหลาย ๆ แบบ เช่น หลงผิดว่แก๊สพิษกำลังรั่วเข้ามาในบ้าน สมาชิกของครอบครัวกำลังคิดแผนทำลายนางเขา ความคิดนี้ออกมาในรูปของคำพูดและพฤติกรรม เช่น ปฏิเสธที่จะรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใครคนใดคนหนึ่ง ซึ่งเรื่องนี้เป็นที่ค้บข้องใจมากที่สุด สำหรับญาติผู้ป่วย พวกเขาไม่แน่ใจว่จะทำอย่างไรดี จะเอออออกไปกับความคิดหลงผิดของผู้ป่วยไหม วิธีนี้จะยิงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยยิงห่างไกลจากความเป็นจริงไหม หรือควรบอกว่ทุกอย่าง เป็นจินตนาการของผู้ป่วยเอง และถ้าทำเช่นนี้ จะทำให้ผู้ป่วยเสียใจ ค้บข้องใจ และถอยหนีมากขึ้นไหม

พฤติกรรมหลายอย่างของผู้ป่วย รบกวนการนอนหลับของญาติในเวลากลางคืน เป็นปัญหาแกญาติ เช่น ผู้ป่วยนอนกลางวัน กลางคืนส่งเสียงค้ง หรือ เปิดเพลงค้ง คุยกับตัวเอง กลางคืน (Lefley 1987:1965) จากการศึกษาของ แฮทฟีลด์ (Hatfeld 1979:338 cited by Stuart and Sandeen 1987:319) ผลปรากฏว่พฤติกรรมที่ญาติรายงานว่รบกวนครอบครัวมากที่สุดอย่างหนึ่งคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ในเวลา กลางคืน ทำให้สมาชิกของครอบครัวคนอื่น ๆ ตื่นไปค้บ ครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:238) ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ ญาติบอกรว่มีปัญหาจากพฤติกรรมหลายอย่างของผู้ป่วย รวมทั้ง การที่ผู้ป่วยวิ่งรอมบ้านอย่าง ไร้จุดหมาย หรือวิ่งขึ้นวิ่งลงบันไดเป็นชั่วโมงหรือหลายชั่วโมงในเวลากลางคืน ทำให้ญาติตื่นหรือ ผู้ป่วยส่งเสียงค้งกลางคืน ถ้ารบกวนชาวบ้าน ก็เกิดความยุ่งยากใหม่เพิ่มขึ้นอีก และในการวิจัย

ของ มิลล์ (Mills 1962 cited by Fadden, Bebbington and Kuiper 1987:287) ผลพบว่า ญาติจำนวนมากบนเกี่ยวกับการถูกผู้ป่วยรบกวนในเวลากลางคืน

การรักษาโรคจิตเภทด้วยเภสัชบำบัด โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจำเป็นต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานาน การหยุดยาเองโดยแพทย์ไม่ไ้สั่งให้หยุดยา ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (สุวัทนา อารีพรศ 2524 : 256) จากการศึกษาของ สงัน สุวรรณเลิศ และ ลัดดาวัลย์ ชวัญสูง (2520 : อักสำเนา) ปรากฏว่า การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา เป็นปัญหาอย่างหนึ่งของญาติผู้ป่วยจิตเวช ความยากลำบากของญาติเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาเคน (Kane 1984:23) ใ้กล่าวว่า ญาติไม่สามารถบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้หรือไม่สามารถเปลี่ยนเป็นยาฉีดแทนได้

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด มีความคิดที่ซาดเหตุนิยม หนีไปจากความเป็นจริงหรือไม่เป็นความจริง มีความหลงผิดแบบต่าง ๆ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น มีประสาทหลอนทางตา ทางหู และมีความคิดแปลก ๆ (สุวัทนา อารีพรศ 2524 : 243-248) ดังนั้น การตัดสินใจในการกระทำต่าง ๆ ไม่เหมือนคนปกติทั่วไป การกระทำหรือพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เป็นปัญหาสำหรับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท คือการที่ผู้ป่วยหนีออกจากบ้าน เวิร์นไปตามสถานที่ต่าง ๆ จากรายงานของ เจนนิ่งส์ (Jennings, et al. 1987:668-669) ถึงผลการสำรวจของบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเวชผู้หนึ่ง ผลการสำรวจคือบิดามารดาจำนวน 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า บุตรสาวที่ป่วยเป็นโรคจิตเคยหนีออกจากบ้าน และจากการศึกษาของ สงัน สุวรรณเลิศ และ ลัดดาวัลย์ ชวัญสูง (2520 : อักสำเนา) ปรากฏว่า ญาติของผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยคือ ชอบหนีออกจากบ้านหรือชอบเวิรอน

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทอีกอย่างหนึ่งคือ การฆ่าตัวตาย ซึ่ง เป็นพฤติกรรมที่ทำให้ญาติเกิดความกังวลใจเป็นอย่างยิ่ง (Bernheim and Lewine 1979:158; Torrey 1983:155)

นักวิจัยคนหนึ่งพบว่า ในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคจิตเภทฆ่าตัวตายประมาณ 3,800 คน ในแต่ละปี ส่วนใหญ่ของการฆ่าตัวตายเหล่านี้เกิดขึ้นในปีแรกหรือสองปีแรกของความเจ็บป่วย และมักจะเกิดในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของความซึมเศร้า

(Torrey 1983:174) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สจัน สุวรรณเลิศ และ ลัดดาวัลย์ ขวัญสูง (2520 : อักสำเนา) ที่พบว่า ญาติที่รายงานว่ามีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย มีเฉพาะญาติผู้ป่วยจิตเวชใหม่ ส่วนในญาติผู้ป่วยจิตเวชเก่า ไม่มีปัญหาเรื่องนี้ และในการวิจัยของมิลล์ (Mills 1962 cited by Fadden Bebbington and Kuipers 1987:287) ผลปรากฏว่า การที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ญาติพบว่าทำให้ญาติลำบากที่สุด บางครั้ง การฆ่าตัวตายมีอาการเตือนล่วงหน้า โดยการที่ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือการที่ความพยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกซึมเศร้า

สำหรับผู้ป่วยบางคน การฆ่าตัวตายออกมาในรูปของเสียงแว่ว ที่สั่งให้ผู้ป่วยทำลายตัวเอง เช่น งดการรับประทาน อาหาร กระจกสะท้อน ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะเฉียบพลันที่มีอาการวุ่นวายมาก

บางราย อาจเป็นผลจากความรู้สึกเป็นใหญ่เป็นโต (Grandiose feelings) เช่น เชื่อว่า ผู้ป่วยเองมีพลังพิเศษสามารถบินได้ หรือเดินบนผิวน้ำได้ ซึ่งเสียงเตือนอาการบาดเจ็บและความตาย

บางกรณี ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะคิดทำอะไรไม่เหมาะสมและเสียง เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทคนหนึ่ง วางแผนจะไปเยี่ยมเพื่อนโดยขึ้นจักรยานที่ไม่มีไฟในเวลากลางคืน และบนถนนใหญ่ซึ่งเสียงอันตราย

ในระยะของความเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันและระยะพักฟื้น บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกหมกหมองที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจจะมีฆ่าตัวตายได้ ผู้ป่วยบางรายรู้สึกซึมเศร้าและละอายใจต่อพฤติกรรมทางจิตของตน ผู้ป่วยรู้ได้ถึงทัศนคติทางลบ ที่สังคม ครอบครัว และเพื่อนของเขามีต่อการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอายต่อความเจ็บป่วยของตน เกิดความซึมเศร้าและอาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ (Bernheim and Lewine 1979:158-159)

9. ความเครียดจากการติดต่อกับเจ้าหน้าที่

จากการศึกษาเรื่องการรับรู้ของครอบครัวที่มีต่อการดูแลญาติที่ป่วยเป็นโรคจิต

เรื่องร้องในสหรัฐอเมริกาของ ฟรานเซล (Francell 1988:1297-1298) พบว่า การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดในญาติผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยรู้สึกวาระบบข้าราชการและทัศนคติทางลบของเจ้าหน้าที่บางหน่วยงาน ทำให้พวกเขาไม่ปรารถนาจะใช้บริการแม้จะมีประโยชน์แก่ผู้ป่วย ญาติพบว่า เจ้าหน้าที่ไม่คิดป้ายชื่อ ทำให้พวกเขาระบุชื่อไม่ได้เมื่อไม่พอใจบริการที่ได้รับ บ่อยครั้งที่ญาติรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพจิตชุมชนไม่ได้ให้ความช่วยเหลือ ความล่าช้าในการตอบรับโทรศัพท์ หน้าตาไม่เป็นมิตร คำพูดคำหยาบคายทำให้บุตรป่วย ญาติมักจะบรรยายถึงความรู้สึกที่ถูกตำหนิในระหว่างเข้าร่วมหลักสูตรของการรักษาผู้ป่วยและการเกิดอาการป่วยซ้ำของผู้ป่วย ที่จัดในลักษณะของครอบครัวบำบัด ฉะนั้น จากผลของครอบครัวบำบัด ญาติไม่ได้เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการใด ๆ ดีขึ้น

นอกจากนี้ ญาติรู้สึกขุ่นเคืองเมื่อถูกถามเกี่ยวกับประวัติในอดีต ซ้ำแล้วซ้ำอีกโดยบุคลากรต่าง ๆ ในสถานบำบัด และญาติแสดงความไม่พอใจที่ไม่ได้ให้พวกเขาได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ของการรักษา เช่น รู้สึกคับข้องใจที่ไม่ได้มีโอกาสในการร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย ญาติรู้สึกว่าพวกเขาใกล้ชิดและติดต่อกับผู้ป่วย สามารถประเมินสภาพของผู้ป่วยได้ อย่างน้อยที่สุดข้อมูลจากพวกเขาจะมีประโยชน์พอ ๆ กับการประเมินของนักวิชาชีพทางสุขภาพจิต ผู้ซึ่งใช้เวลาพบปะผู้ป่วยน้อย ญาติพูดว่า แม้พวกเขาได้ร่วมในการให้ข้อมูลแก่นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตไปแล้ว บ่อยครั้งที่ข้อมูลนั้นไม่ได้รับการพิจารณา ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยของเขามีความเสี่ยงที่จะพยายามฆ่าตัวตาย แต่พวกเขาารู้สึกว่า นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตผู้ซึ่งไม่ได้ติดต่อกับผู้ป่วยนัก มักจะไม่ยอมรับความคิดเห็นของญาติ ด้วยเหตุนี้ ญาติจึงรู้สึกไม่อยากบอก หรือบอกก็บอกด้วยความไม่มั่นใจกว่า นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตจะยอมรับความคิดเห็นของพวกเขา

10. ความเครียดจากระบบการบริการทางสุขภาพจิต

เลฟเลย์ (Lefley) กล่าวว่า ระบบบริการทางสุขภาพจิต เป็นแหล่งสำคัญของความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช (Lefley 1987:1068) ผลจากนโยบายสากลในการพยายามให้ผู้ป่วยจิตเวชรักษาตัวอยู่ในชุมชน ถ้าจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลก็พยายามจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว (Deinstitutionalization) เป็นการเพิ่มภาระให้กับญาติผู้ป่วยอย่างมาก โดยที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือ ปรึกษาและคำแนะนำจากนักวิชาชีพ

น้อยมาก (Aschoff-Pluta, et al.1985:151; Bernheim and Lewine 1979: 147; Creer and Wing 1974 cited by Bernheim and Lewine 1979:155-6, and cited by Kane 1984:21; Fadden, Bebbington and Kuipers 1987: 288; Francell 1988:1297-1298; Leavitt 1975 cited by Kane 1984:21, and cited by Stuart and Sandeen 1987:320; Lefley 1987:1068)

ครีเออร์และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Bernheim and Lewine 1979:155-156, and cited by Kane 1984-21) ได้ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ญาติไม่ใคร่รู้สึกว่า บริการทางสุขภาพจิตได้ให้ความช่วยเหลืออย่างเพียงพอแก่พวกเขา ญาติบอกว่าเขาขาดข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ญาติไม่ทราบว่าจะดูแลช่วยเหลือพฤติกรรมถอยหนีและแยกตัวของผู้ป่วยอย่างไร ถ้าพวกเขาพูดเรื่องเหล่านี้กับนักวิชาชีพทางสุขภาพจิต เขาจะไม่ได้รับคำแนะนำว่าควรทำอย่างไร

ลีเอวิทท์ (Leavitt 1975 cited by Kane 1984:21, and cited by Stuart and Sandeen 1987:320) ได้สัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช 16 คน ผลปรากฏว่าครอบครัวมองว่าผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วย พวกเขาไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจิตว่าจะรับผิดชอบดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างไร ไม่ได้รับความช่วยเหลือในการวางแผนสำหรับการกลับสู่บ้านของผู้ป่วย ไม่ได้รับการสอนวิธีดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ในการวิจัยขั้นต่อไปของครีเออร์ และคณะ (Creer, Sturt and Wykes 1982 cited by Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:288) เกี่ยวกับญาติของผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษา พบว่า ญาติยังคงรู้สึกไม่พอใจเกี่ยวกับบริการทางสุขภาพจิตที่ได้รับ พวกเขากำลังเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยหวังจะเป็นพิเศษในความล้มเหลวของนักวิชาชีพทางสุขภาพจิตที่จะสนองความต้องการของญาติ ทั้งด้านการช่วยฝึกทักษะ การให้ความช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์ การให้คำแนะนำ การจัดให้ญาติได้มีเวลาพักบ้างเป็นครั้งคราวจากการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่า ไม่มีนักวิชาชีพทางสุขภาพจิตกลุ่มใดหวังใยกับปัญหาของญาติ ไม่ได้เห็นว่าเป็นสิทธิของพวกเขาที่จะได้รับบริการที่ดี ดังนั้นบริการส่วนใหญ่จึงมีจุดเน้นเฉพาะที่ผู้ป่วยเท่านั้น

ความเครียดของญาติผู้ป่วยที่สืบเนื่องจากระบบบริการทางสุขภาพจิต ใ้แก่การศึกษา และบรรยายไว้อย่างละเอียดโดย ฟรานเซล (Francell 1988 : 1297-1298) ในการศึกษาเรื่องการรับรู้ของครอบครัวที่มีต่อการดูแลสุขภาพจิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเรื้อรัง พบว่าระบบบริการทางสุขภาพจิต ก่อให้เกิดความเครียดได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือเกิดภาวะวิกฤตทางจิตเวชที่บ้าน ญาติให้สัมภาษณ์ว่ามีความหนักใจและลำบากมาก รู้สึกว่าต้องรับผิดชอบด้วยตนเองทั้งหมด เหมือนถูกทอดทิ้งจากนักวิชาชีพทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภาวะวิกฤตทางจิตเวชเกิดหลังเวลาทำงานของโรงพยาบาล หรือในวันสุดสัปดาห์ เนื่องจากการขาดบริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงที่มีประสิทธิภาพ ญาติจำนวนมากพูดว่า บริการฉุกเฉินที่พอหาได้ในชุมชนของพวกเขามีจำกัด

2. ในการติดต่อกับหน่วยงานในชุมชน ญาติแสดงออกถึงความเหนื่อยอ่อน และความคับข้องใจในบทบาทระยะยาวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องค้นหาว่าในชุมชนมีบริการใดบ้าง เช่น บริการทางคำปรึกษาแบบสั้น ค่ายกาย และจิตใจ ตลอดจนบริการด้านกฎหมาย ญาติกล่าวว่าพวกเขาไม่รู้สึกว่านักวิชาชีพทางสุขภาพจิตได้ช่วยแบ่งเบาภาระเหล่านี้ นอกจากนี้ญาติพูดถึงความยากลำบากในการใช้บริการ พวกเขาบอกว่าไม่คุ้นเคยและไม่รู้ขั้นตอนของการขอรับบริการ

3. ในการขาดแหล่งบริการในชุมชนอย่างเพียงพอ ครอบครัวบรรยายว่า การขาดแหล่งบริการในชุมชน เป็นสิ่งสำคัญที่เป็นภาระแก่พวกเขา การหาสถานที่อยู่ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไคยาก เป็นปัญหาใหญ่ของพวกเขา ญาติรู้สึกว่า การจัดสถานที่อยู่ที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย ช่วยลดระดับความเครียด เป็นการถนอมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

ปัญหาอื่น ๆ รวมทั้งความยากลำบากในการเดินทางไปยังหน่วยงานทางสุขภาพจิตไม่มีโครงการฝึกอาชีพและจัดหางานให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะมีการพบปะทางสังคมเป็นเหตุให้ผู้ป่วยโดดเดี่ยว และครอบครัวต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้นในการอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย ญาติที่ให้สัมภาษณ์ปรารถนาให้มีโครงการรับผู้ป่วยไว้รักษาเฉพาะกลางวัน ซึ่งเขาให้ความเห็นว่าแม้ว่าศูนย์สุขภาพจิตชุมชนบางแห่งจะได้จัดโครงการนี้ แต่ก็ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การขาดแหล่งบริการในชุมชนอย่างเพียงพอ สร้างปัญหาให้กับญาติผู้ป่วย หลายคน พูกว่า พวกเขาไม่มีวันหยุดพัก สำหรับความรับผิดชอบที่มีในการดูแลผู้ป่วย พวกเขาแสดงความห่วงใยเกี่ยวกับอนาคตว่า ใครจะรับผิดชอบผู้ป่วยถ้าพวกเขาถึงแก่กรรม

4. ในการขาดข้อมูลที่ควรได้รับจากเจ้าหน้าที่ ญาติผู้ป่วยกังวลมากกว่า นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตไม่ได้ให้ข้อมูลแก่พวกเขาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาในปัจจุบัน หน่วยงานที่ให้บริการในชุมชน และกลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ญาติคนหนึ่งพูกว่า บุตรชายของเขาได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น โรคจิตเภท เมื่อ 8 ปีที่แล้ว จากนั้นจนปัจจุบันนี้ พวกเขาไม่เคยได้รับข้อมูลใด ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น ไม่มีการติดต่อกันเลย และไม่ได้รับคำแนะนำว่าจะดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร

ครอบครัวต้องการ เป็นพิเศษเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องการให้ยา และอาการข้างเคียงของยา ญาติพูกว่าพวกเขาอยากที่จะรู้ว่าอาการ เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นผลจากปฏิกิริยาต่อยาหรือ เป็นอาการ เพิ่มเข้ามาของความเจ็บป่วย

5. ในการขาดความต่อเนื่องของการดูแล ญาติบรรยายสภาพที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการรักษาด้วยยา หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในการให้ยา นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตไม่เคยอธิบายให้ทราบหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ญาติจำนวนหนึ่งกล่าวถึงความไม่มั่นใจในโรงพยาบาลจิตเวชประจำรัฐ ที่ปล่อยให้ผู้ป่วยหนีออกจากโรงพยาบาลก่อนจะมีอาการทุเลา และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยตระเวนไปทั่ว ญาติแสดงความกลัวว่าผู้ป่วยจะถูกหลอกลวง เพื่อแสวงหาผลประโยชน์ของคนบางกลุ่ม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แอสชอฟท์-พลูทา และคณะ (Aschoff-Pluta, et al 1985:151) ได้ศึกษาเรื่องผู้ป่วยจิตเวชและความเครียดครอบครัว โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เน้นให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ใ้คนนำไปสู่การเพิ่มความเครียดของครอบครัว และจนทุกวันนี้ บริการผู้ป่วยนอกและบริการอื่น ๆ มีบทบาทน้อยมากในการแก้ไขปัญห ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช

แมนเดลบรอต และโฟลคฮาร์ด (Mandelbrote and Folkard 1961 a:317-328 cited by Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:286) ได้ศึกษาเรื่องเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ครอบครัวร้อยละ 55 ถูกผู้ป่วยรบกวนในบางครั้ง และร้อยละ 2 รายงานว่ามีความเครียดอย่างรุนแรง นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยพบว่ามีความเครียดในชนบทเค็ดร่อนจำนวนมากกวาครอบครัวในเมือง

วอเตอร์ส และนอร์ธโฮเวอร์ (Waters and Northover 1965:258-267 cited by Fadden, Bebbington and Kuipers 1987:286) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทพักฟื้นที่อยู่ในชุมชน เป็นการศึกษาระบบติดตามประเมินผลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะเวลา 2-4 ปี พบว่า ผู้ป่วยเป็นสาเหตุของความยากลำบากของญาติ ในรูปของความช่วยเหลือทางสังคม ความลำบาก และพฤติกรรมที่ทำให้พวกเขาตกใจกลัว หรือเกิดความตึงเครียดในครอบครัว

แฮทฟิลด์ (Hatfield 1978:355-359 cited by Kane 1984:22) ได้วิจัยเกี่ยวกับความเบื่องานที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามคำถามปลายเปิด ตามมาว่า พฤติกรรมอะไรของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ญาติพบว่ารบกวนความสงบภายในครอบครัวและให้บรรยายถึงความรุนแรงของความเครียด (Stress) ที่ถูกกระตุ้นโดยพฤติกรรมนั้น ตัวอย่างประชากรเป็นครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรคจิตเภทแห่งกรุงวอชิงตัน (Schizophrenic Association of Greater Washington) จำนวน 89 คน ร้อยละ 85 เป็นมีคามารคาของผู้ป่วย ที่เหลือเป็นพี่น้อง คู่สมรส และญาติใกล้ชิด การรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เป็นสาเหตุของปัญหาที่ยิ่งใหญ่ที่สุดสำหรับครอบครัว ร้อยละ 80 ของครอบครัวได้จัดการกับความเจ็บป่วยนั้นมานานกว่า 4 ปี ญาติของผู้ป่วยรายงานถึงผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวในด้านความยากลำบากที่-น้อง การสมรส, ชีวิตทางสังคม และความสมบูรณ์ส่วนบุคคล ร้อยละ 65 รายงานว่ามีความเครียด เป็นการระทางอารมณ์ ร้อยละ 30 รายงานว่ามีความวิตกกังวล (Anxiety) จากผลของความเครียดนั้น

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของความเครียด ปัญหาและความยากลำบากของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีผู้กล่าวถึง และอ้างอิงกันมาก คือ การวิจัยของ ครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Bernheim and Lewine 1979:155-6; cited by Creer

1978:233; cited by Fadden, Bebbington and Kuiper 1987:288; cited by Kane 1984:21; cited by Pakenham and Dadds 1987:58) ครีเออร์ และวิง (Creer and Wing) ได้ศึกษาโดยให้ชื่อหัวข้อว่า "โรคจิตเภทที่บ้าน" (Schizophrenia at Home) เป็นการสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศอังกฤษ จำนวน 80 ครอบครัว ซึ่งมีทั้งครอบครัวในเมือง และครอบครัวในชนบท

ในจำนวน 80 ครอบครัว เป็นครอบครัวขององค์กรที่ชื่อว่า "Schizophrenia Fellowship" 50 ครอบครัว อีก 30 ครอบครัวไม่ได้เป็นสมาชิกขององค์กรนี้ ตัวอย่างประชากรได้มาโดยวิธีการสุ่ม แยกออกเป็นญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้หญิง 23 คน ผู้ชาย 57 คน ผู้ป่วย 26 คน อยู่กับบิดามารดา 16 คน อยู่กับบุตรภรรยา 9 คน อยู่กับญาติพี่น้อง 13 คน อยู่กับตามลำพังและ 16 คน อยู่โรงพยาบาลในช่วงเวลาที่สัมภาษณ์ แต่ตัวอย่างประชากรกลุ่มนี้ยังไม่อาจเป็นตัวแทนของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทคนอื่น ๆ ได้ ในแง่ที่ว่าผู้ป่วยทุกราย ติดต่อกับหน่วยบริการในท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ ซึ่งงานการแพทย์และสังคมสงเคราะห์มีมาตรฐานสูง จึงมีส่วนที่ญาติแสดงออกว่ามีปัญหาน้อยกว่าปกติ การสัมภาษณ์ครอบครัว ใช้เวลาครอบครัวละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1-3 ชั่วโมง ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม 1973

ผลการศึกษาพบว่า ญาติที่ใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วย หรือที่แยกกันอยู่แต่รู้สึกว่ามีติดต่อกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้บรรยายถึงปัญหาที่กำลังเผชิญหน้าอยู่ว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ หรือความฉีกปกติ ภายในครอบครัว และก่อให้เกิดความเสียหายต่อสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง และคนอื่น ๆ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ญาติกล่าวถึงมากที่สุด คือ พฤติกรรมการปลีกตัวจากการติดต่อกับสังคม ที่เรียกว่า พฤติกรรมการถอยหนี ซึ่งมีทั้งพฤติกรรมเฉื่อยเฉย ไม่ค่อยเคลื่อนไหว เคลื่อนไหวช้า ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ค่อยพูดคุยกับใคร

พฤติกรรมแบบโรคจิต และการพูดที่แปลกประหลาดเป็นสิ่งที่เคืองระคายต่อครอบครัว ความไม่สามารถคาดหมายล่วงหน้าได้ของพฤติกรรมซึ่งในบางเวลาอาจจะเป็นพฤติกรรมรุนแรง หรืออารมณ์ไม่คง เป็นสิ่งที่ห่วงใยสำหรับครอบครัวส่วนใหญ่ ในการเผชิญหน้ากับความเครียดต่าง ๆ เหล่านี้ เกือบครึ่งหนึ่งของครอบครัวพูดว่า ผลของการใช้ชีวิตกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของพวกเขาทรุดโทรมลง

ญาติรู้สึกว่ หนักวิตก เพราะความคาดหวังล่วงหน้าไม่ได้ของสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ซึมเศร้า เมื่อความพยายามที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยของพวกเขาไม่ได้ผล และรู้สึกว่าผิดที่พวกเขาไม่สามารถให้การช่วยเหลือระดับประคองผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ เพราะบางครั้งพวกเขาก็รู้สึก ขุ่นเคืองกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยากต่อการควบคุมเหมือนกัน

ญาติไม่ใคร่รู้สึกว่ าริการสาธารณะ ใ้ให้ความช่วยเหลืออย่างเพียงพอกับพวกเขา
ญาติ 1 ใน 3 รู้สึกไม่พอใจมากในบริการดังกล่าว และญาติ 1 ใน 2 ไม่พอใจปานกลาง สิ่ง ที่ บ่นถึงสิ่งแรกคือ ขาดความรู้ข้อมูลในการบริหารพฤติกรรมผิดปกติที่บ้าน สิ่ง ที่ บ่นถึงอย่างอื่น ๆ คือ ไม่มีเวลาพักหรือช่วงหยุดจากการที่ตองดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974:66 cited by Torrey 1983:154) หลังการสัมภาษณ์ทั้ง 80 ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้สรุปว่ "ในภาวะความพิการทุกชนิด ในผู้ใหญ่ บางที่ โรคจิตเภทเรื้อรังก่อให้เกิดความยากลำบากที่บ้านมากที่สุด"

ใ้มีการศึกษาเน้นเฉพาะด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ญาติประสบ ในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดย รูนีเยนส์ และปรูโด (Runions and Prudo 1983:382-3) ตัวอย่างประชากรจำนวน 70 คน ได้จากการคัดเลือกญาติของผู้ป่วยที่เข้าอยู่ในหน่วยจิตเวชของ ศูนย์กณแพทยมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ (McMaster University Medical Center) และ ใ้รับการวินิจฉัยโรคว่ เป็นโรคจิตเภท เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำนวน 55 ข้อ ถามถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่เป็นปัญหา ระหว่างผู้ป่วยและญาติภายในบ้าน ไม่รวมถึงในที่ทำงาน หรือสังคมนอกบ้าน เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยแบบฟอร์มย่อยของบทสัมภาษณ์ ครอบครัวแคมเบอร์เวลล์ (Camberwell Family Interview) ร่วมกับพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาที่ระบุไว้ในการศึกษาของครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974) ในเรื่อง โรคจิตเภทที่บ้าน (Schizophrenia at home) ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้ ตอบแบบสอบถามในโอกาสที่ผู้ตอบทั้ง 70 คน เข้าร่วมการประชุมขององค์การที่รวมตัวกันของกลุ่ม ญาติผู้ป่วยเพื่อสวัสดิการของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ชื่อว่ "Friends of Schizophrenic in Hamilton, St. Catharines and Toronto"

ผลการวิจัยพบว่า ในพฤติกรรมย่อย 55 อย่างนั้น ถ้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ พฤติกรรม หรืออาการแสดงทางบวก ("Positive" symptoms) เช่น อาการหลงผิด

(Delusions) ประสาทหลอน (Hallucinations) และความคิดผิดปกติ (Thought disorders) กับพฤติกรรมหรืออาการแสดงทางลบ ("Negative" symptoms) เช่น อารมณ์เฉยชา คำพูดไม่ต่อเนื่องสัมพันธ์กัน และสูญเสียกำลังใจ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ถือว่าพบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 60 ขึ้นไป) อยู่ในกลุ่มของอาการแสดงทางลบร้อยละมากกว่า 80 ของผู้ป่วย ทั้งหมด 70 คน ญาติรายงานว่าไม่มีเพื่อน งานอดิเรกและความสนใจน้อย นอนมากขึ้น ซากความคิดริเริ่มและไม่มีแรง เชื่อยชา ปัญหาจากอาการแสดงทางบวกพบน้อยกว่า เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 26) พฤติกรรมทำลายสิ่งของในม้าน หรือคุกคามสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 33) ยกเว้นพฤติกรรม 2 อย่างในกลุ่มของอาการแสดงทางบวก ที่พบว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่ถือว่าพบบ่อยที่สุด คือ มีความกลัวและความเชื่อที่ผิดปกติ (ร้อยละ 85) และพุกคุด หรือ หัวเราะคัง ๆ กับตัวเอง (ร้อยละ 60)

บราวน์ และคณะ (Brown et al. 1966: Vii, 2, 92-3, 98-102) ได้ศึกษาถึงความทุกข์ (Distress) และปัญหา (Problem) ของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท 339 คน เป็นการศึกษาแบบติดตามประเมินผลการรักษาในระยะเวลา 5 ปี หลังจากผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง ในปี 1956 ตัวอย่างประชากรได้มาโดยวิธีการสุ่ม ใช้การสัมภาษณ์ในการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากไม่สามารถถามให้ครอบคลุมระยะเวลาทั้ง 5 ปี ได้ เพราะอาจเกิดความผิดพลาดได้จากการหลงลืมเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วในระยะเวลายาวนาน ฉะนั้น ผู้วิจัยเน้นระยะเวลา 2 ช่วง ก่อนการสัมภาษณ์ คือ ก่อนสัมภาษณ์ 6 เดือน และ 1 สัปดาห์ ตามถึงผลของการใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยจิตเวช และตอนท้ายของการสัมภาษณ์ ใช้คำถามทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ที่บ้าน และใช้คำถามเฉพาะเกี่ยวกับปัญหา 5 ด้าน คือ ผลกระทบต่อสุขภาพจากผลของพฤติกรรมของผู้ป่วย, ความกังวลและความกลัวอันตรายหรือความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก ๆ ในบ้าน กังวลเกี่ยวกับการเงิน, รับผิดชอบทางสังคมและงานอดิเรก ทั้งภายในและภายนอกบ้าน และปัญหาเบ็ดเตล็ด ตามเกี่ยวกับความยุ่งยาก แต่ไม่ได้เฉพาะเจาะจง เช่น เกี่ยวกับการไม่ได้ค่าจ้างแรงงาน เป็นต้น ผู้ป่วยที่ถูกคัดออกไปจากการศึกษา คือผู้ป่วยที่ย้ายออกไปอยู่นอกพื้นที่การศึกษา เสียชีวิต อยู่ตามลำพัง หรือเข้ารับการรักษาอีกในโรงพยาบาลในช่วงเวลาของการติดตามประเมินผล และผู้ป่วยที่ติดต่อไม่ได้

ผลการศึกษาพบว่า ญาติที่ใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคจิตเภท รายงานว่า มีความทุกข์ใจ

ระดับปานกลางและรุนแรงในระยะ 6 เดือนสุดท้ายก่อนการสัมภาษณ์ มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และร้อยละ 49 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว ส่วนในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์ มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 19 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกและร้อยละ 41 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว

ในค่านับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น แยกออกเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดก็ตามของระยะเวลาที่ติดตามประเมินผล 5 ปี และปัญหาปัจจุบัน ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทรายงานว่ามีปัญหาในค่านับ ผลกระทบต่อสุขภาพจากผลของพฤติกรรมของผู้ป่วย ความกังวลและความกลัวอันตรายหรือความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก ๆ ในบ้าน รบกวนกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมยามว่างทั้งภายในและภายนอกบ้าน ปัญหาการเงิน และปัญหาเบ็ดเตล็ดต่าง ๆ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก กับที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้วนั้น ปรากฏว่า ญาติของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว มีปัญหาต่าง ๆ คั่งกล่าวคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มากกว่าญาติของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ทั้งในระยะเวลาใดก็ตามของการประเมินผล (ญาติรายงานว่ามีปัญหา มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 54 ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และร้อยละ 76 ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว) และในปัจจุบันนี้ (ญาติรายงานว่ามีปัญหา มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 29 ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว) ญาติที่รายงานว่ามีปัญหาในปัจจุบัน มีจำนวนคิดเป็นร้อยละลดลง อย่างไรก็ตามยังคงมีปัญหาในจำนวนค่อนข้างมาก (คิดเป็นร้อยละ 60 ขึ้นไปของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว)

ฟรานเซลล์ คอนน์ และเกรย์ (Francell, Conn and Gray 1988; 1296-1300) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง โดยเน้นภาระที่เกี่ยวข้องเนื่องกับระบบสุขภาพจิต ตัวอย่างประชากรต้องเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือคนแรก (Primary care givers) ของผู้ป่วยโรคจิต เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) หรือโรคจิตทางอารมณ์ที่มีระยะคลั่ง ซึ่งอาจจะมีการเส้ร่้าเกิดด้วยหรือไม่ก็ได้ (Bipolar

disorder) วิธีการหาตัวอย่างประชากรโดยการประกาศรับสมัครในหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น หลังจากนั้น จะติดต่อทางไปรษณีย์ไปยังครอบครัวของผู้ป่วยที่สมัครมา เพื่อนัดหมายเวลาและสถานที่ที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยใช้เวลาเก็บข้อมูลกว่า 10 สัปดาห์ ของปี 1986 โดยพบกับครอบครัว ณ ที่สัมภาษณ์หลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลประจำรัฐ หอสมุดประชาชน และศูนย์สุขภาพจิตชุมชน สัมภาษณ์ครอบครัวเป็นกลุ่ม ๆ ละ 10-15 คน ค่ายคำถามปลายเปิด 6 คำถาม ใช้เวลานานประมาณ $1\frac{1}{2}$ ชั่วโมง

ผลการวิจัยได้จาก ผู้ดูแลผู้ป่วยคนแรก (Primary care givers) จำนวน 86 คน ร้อยละ 84 เป็นนิคามารคา ส่วนใหญ่ของนิคามารคาอายุ 50-60 ปี นอกนั้นเป็นคู่สมรส พี่น้อง และบุตร ร้อยละ 80 ของผู้ดูแลคนแรก เป็นผู้หญิงร้อยละ 40 ของผู้ดูแลช่วยเหลือคนแรก รับผิดชอบทั้งหมดของผู้ป่วย และอีกร้อยละ 60 รับผิดชอบร่วมกับผู้อื่น ใ้ดูแลผู้ป่วยมาแล้วเฉลี่ยประมาณ 12 ปี ร้อยละ 97 ของผู้ป่วยเคยอยู่โรงพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง เฉลี่ยเคยอยู่โรงพยาบาลมาแล้ว 8 ครั้ง ในขณะที่สำรวจร้อยละ 10 ของผู้ป่วยกำลังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

ผลการวิจัยออกมาในรูปของการวิเคราะห์ทั้งกลุ่ม พบว่า สิ่งที่เป็นภาระในการรับรู้ของครอบครัวแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ

1. การดูแลวันต่อวัน ครอบครัวบรรยายว่าภาระในการที่ดูแลผู้ป่วยวันแล้ววันเล่าเป็นภาระที่หนักมาก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และความเจ็บป่วยทางจิตนั้นมีลักษณะที่คาดหมายไม่ได้ พวกเขารู้สึกหมกหมองและหมกมุ่น ในความสามารถที่จะเปลี่ยนสถานการณ์ที่เป็นอยู่
2. ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวกับระบบการดูแลสุขภาพจิต คณะผู้วิจัยเน้นในภาระข้อที่ 2 นี้ พวกเขาพบว่า ในความเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพจิตนั้น ระบบการดูแลสุขภาพจิตมีส่วนเป็นที่มาของภาระ ความลำบาก ความเหนื่อยอ่อน และความคับข้องใจ ในบทบาทของผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นญาติ ไม่ว่าจะเป็นในช่วงเวลาที่เกิดวิกฤติการณ์ทางจิตเวช (Crisis situation) ในการติดต่อกับหน่วยงานในชุมชน (Contact with community agencies) ในการขาดแหล่งบริการในชุมชนอย่างเพียงพอ (Inadequate community resources) ในการขาดข้อมูลที่ควรได้รับจากเจ้าหน้าที่ (Lack of information)

ในการขาดความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of care) ในการเข้ารับบริการ
ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ในการติดต่อกับสื่อสารกับนักวิชาชีพทางสุขภาพจิต
(Communication with mental health professionals) และในการไม่ทำให้เข้า
ร่วมในขบวนการของการรักษา (Exclusion from the treatment process)

ในค่านิยมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่อาจทำให้เกิดความแตกต่างของแหล่งความเครียด
ภายในครอบครัวนั้น เจนนิงส์ และคณะ (Jennings, et al. 1987:668-669) ได้รายงาน
การสำรวจของบิดามารดาเกี่ยวกับปัญหาที่ผู้ป่วยจิตเวชผู้หนึ่งประสบว่า เป็นการศึกษาโดย บิดา
มารดาของผู้ป่วยจิตเวชผู้หนึ่งซึ่งเป็นผู้หนึ่งซึ่งเป็นสมาชิกของ "พันธมิตรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชแห่ง
แคลิฟอร์เนีย" (California Alliance for the Mentally Ill) เครื่องมือที่ใช้ศึกษา
เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถาม 39 ข้อ ส่งแบบสอบถามไปยังบิดามารดา
ของผู้ป่วยจิตเวชผู้หนึ่งคนอื่น ๆ มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามมาทั้งหมด 87 คน ในจำนวนนี้เป็น
บิดามารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้หนึ่งร้อยละ 64 ที่เหลือเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเวช
ทางจิตเวชอื่น ๆ ข้อจำกัดของการสำรวจนี้คือ การแจกแบบสอบถามทำไปตามวิธีปฏิบัติงาน
มาตรฐานขององค์กร ผู้ตอบไม่ได้เป็นตัวอย่างที่ได้จากการสุ่ม (Random sample) อย่างไร
ก็ตาม ข้อดีคือ ผู้ตอบเป็นกลุ่มใหญ่พอควรของบิดามารดาที่มีบุตรสาวป่วยด้วยโรคจิตอย่างรุนแรง
ดังนั้น แม้จะเป็นข้อมูลเล็กน้อย แต่ดูเหมือนว่าจะมีคุณค่าในการเพิ่มเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของ
วรรณคดีที่เกี่ยวข้องในประเด็นอันสำคัญนี้

ผลการสำรวจพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ คือ 33 ปี ต่ำสุดคืออายุ 15 ปี
สูงสุดคืออายุ 66 ปี ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมาแล้วเฉลี่ยได้ 12.5 ปี บิดามารดา รายงานว่า ร้อย
ละ 22 ของบุตรสาวที่ป่วยเป็นโรคจิต มีประวัติการกระทำผิดทางเพศ (Sexual abuse)
เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชผู้หนึ่งทั้งหมด เคยตั้งครรภ์ในบางครั้ง และเกือบเศษหนึ่งส่วนสาม
ได้คลอดบุตรและบุตรยังมีชีวิตอยู่ เกือบร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวชผู้หนึ่งที่ตั้งครรภ์ ได้แท้งบุตร
เท่าที่บิดามารดาทราบนั้น อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเวชผู้หนึ่งทั้งหมดเคยพยายามฆ่าตัว
ตายมาแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 60 เคยมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย กับคู่สมรส หรือ พี่น้อง หรือบุตรของผู้ป่วย
3. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แตกต่างกันในด้าน ภูมิฐานะ การศึกษาของญาติ เพศและระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

สมมติฐานของการวิจัย

1. บิดาหรือมารดาของผู้ป่วย จะมีความเครียดแตกต่างกันกับคู่สมรส หรือ พี่น้อง หรือบุตรของผู้ป่วย
2. ญาติผู้ป่วยที่มีภูมิฐานะต่างกัน จะมีความเครียดแตกต่างกัน
3. ญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความเครียดแตกต่างกัน
4. ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชายและหญิง จะมีความเครียดแตกต่างกัน
5. ญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้วเป็นระยะเวลานานแตกต่างกัน จะมีความเครียดแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาถึงความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉพาะที่มาติดต่อรับการรักษาในรณาระยะผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญาเท่านั้น อายุของญาติตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

1. แบบสอบถามที่สร้างขึ้นครั้งนี้จะครอบคลุมถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านเศรษฐกิจ ชีวิตสังคมและส่วนตัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความน่าอับอาย ความรู้สึกผิด ความกังวล พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหา การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ และระบบบริการทางสุขภาพจิต

2. แบบสอบถามซึ่งหาความตรงแล้ว จะสามารถวัดความรู้สึกของ
ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์เหล่านั้นได้

ความไม่สมบูรณ์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือเพียงอย่างเดียว คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็น
แนวทางในการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท มิได้ใช้เครื่องมือวัดความเครียดโดยเฉพาะ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อจะได้ทราบถึงระดับและสาเหตุของความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกลุ่มระดับประคับประคองและความรู้ให้แก่ญาติผู้ป่วย
โรคจิตเภท ตลอดจนการวางแผนให้การพยาบาลอื่น ๆ เพื่อให้สามารถป้องกันหรือลดความเครียด
ของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทลงได้
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องนี้ในแง่มุมอื่นต่อไป

คำจำกัดความ

ความเครียด (Stress) ของญาติผู้ป่วย หมายถึง คำรายงานของญาติเกี่ยวกับ
ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เกิดขึ้น เช่น ไม่สบายใจ วิตกกังวล หรือกลัว อันมีสาเหตุ
มาจากเศรษฐกิจ ชีวิตสังคมและส่วนตัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความน่าอัศจรรย์ ความ
รู้สึกผิด ความกังวล พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหา การติดต่อสื่อสารกับ
เจ้าหน้าที่ และระบบบริการทางสุขภาพจิต ที่เกี่ยวข้องกับการป่วยเป็นโรคจิตเภทของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia patient) หมายถึงผู้ป่วยโรคจิต
ประเภทหนึ่งที่มีความผิดปกติทางจิตใจ แสดงออกในลักษณะของความผิดปกติทางด้านความคิด
อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สุวทนา อารีพรค 2524 : 237) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจาก
จิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท

ญาติผู้ป่วย หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยใน
ฐานะที่เป็นบิดามารดา คู่สมรส พี่-น้อง และ/หรือบุตรของผู้ป่วย ที่ใช้ชีวิตภายในครอบครัว
เดียวกับผู้ป่วย หรือมีส่วนในการรับผิดชอบผู้ป่วย

ภูมิลำเนาอยู่ในชนบท หมายถึงที่อยู่อาศัยของญาติผู้ป่วยอยู่ในชนบท มีสิ่งแวดล้อมเป็น
ท้องไร่ท้องนา ประกอบด้วยพืชทางค่านเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ บ้านเรือนตั้งอยู่กระจัดกระจาย
ไปตามลักษณะพื้นที่เกษตรกรรม

ภูมิลำเนาอยู่ในเมือง หมายถึงที่อยู่อาศัยของญาติผู้ป่วยอยู่ในเมือง มีสิ่งแวดล้อมเป็น
ตึก อาคาร ตั้งอยู่อย่างหนาแน่น มีถนนหนทางจำนวนมาก ชาวเมืองส่วนใหญ่ทำงานในสถาน
ประกอบการ

ระดับการศึกษา หมายถึง ชั้นเรียนสูงสุดที่ญาติผู้ป่วยสอบได้ ในการวิจัยครั้งนี้แบ่ง
ระดับการศึกษาออกเป็น 2 ระดับ

1. การศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า รวมทั้งไม่ได้รับการศึกษาเลย
(ไม่ได้เรียน - ประถมศึกษาปีที่ 6)
2. การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย