

การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท

ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช

Caring for family caregivers of persons with schizophrenia:

The challenge for psychiatric nurses



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีชามณูช อินทะพุด

การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท

ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช

Caring for family caregivers of persons with schizophrenia:
The challenge for psychiatric nurses



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามณูช อินทะพุด

การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท

ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช

Caring for family caregivers of persons with schizophrenia: The challenge for psychiatric nurses

ผู้เขียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญชุ์ อินทะพุดม
จัดพิมพ์โดย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญชุ์ อินทะพุดม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131
พิมพ์ครั้งที่ 2	กุมภาพันธ์ 2565
จำนวนพิมพ์	500 เล่ม
ราคา	320 บาท
ออกแบบ/พิมพ์ที่	หจก. วนิดาการพิมพ์ 14/2 หมู่ 5 ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50130 โทรศัพท์/โทรสาร 0 5311 0503-4
ผู้จัดจำหน่าย	ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0 2218 9872 โทรสาร 0 2254 9495 Call Center (จัดส่งทั่วประเทศ) โทรศัพท์ 0 2255 4433 http://www.chulabook.com
ร้านค้าติดต่อ	แผนกขายส่ง สาขาหัวหมาก โทรศัพท์ 0 2374 1375-6 โทรสาร 0 2374 1374

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

พิชามญชุ์ อินทะพุดม.

การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช.-- เชียงใหม่ : วนิดาการพิมพ์, 2565.
258 หน้า.

1. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. 2. ผู้ป่วยจิตเภท -- การดูแล. I. ชื่อเรื่อง.

610.7368

ISBN 978-616-586-831-0

©สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ (ฉบับเพิ่มเติม) พ.ศ. 2558 ห้ามลอกเลียนแบบ ทำซ้ำ ดัดแปลง
ส่วนหนึ่งส่วนใดของหนังสือเล่มนี้ รวมทั้งการจัดเก็บถ่ายทอดไม่ว่ารูปแบบหรือวิธีการใด ๆ ด้วยกระบวนการ
ทางอิเล็กทรอนิกส์ การถ่ายภาพ การบันทึกหรือวิธีการอื่นใดโดยไม่ได้รับอนุญาต



คำนิยม

ดิฉันต้องขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญช์ อินทะพุม ผู้เขียนที่ให้เกิดริเป็นผู้อ่านและเขียนคำนิยมหนังสือ “การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช” เล่มนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญช์ อาจจะพิจารณาแล้วว่า ดิฉันมีแนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลและทำงานวิชาการด้านพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลร่วมกันมากกว่า 20 ปี

เมื่ออ่านหนังสือจบ ดิฉันบอกตัวเองว่า หนังสือเล่มนี้เขียนโดยผู้รู้จริง เป็นสาระแห่งการเรียนรู้สำหรับพยาบาลจิตเวช บุคลากรทางสุขภาพและผู้สนใจที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดิฉันมีความภูมิใจเป็นพิเศษ เพราะผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามญช์ อินทะพุม ได้เขียนหนังสือเล่มนี้จากการรวบรวมความรู้และประสบการณ์ตรงทั้งการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช การสอนนักศึกษาพยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติผู้ดูแลมากกว่า 20 ปี ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ และทุ่มเทเวลาจนสามารถถ่ายทอดออกมาเป็นตัวหนังสือที่สามารถนำไปศึกษาและอ้างอิงเชิงวิชาการได้

หัวใจของสาระในหนังสือเล่มนี้อยู่ที่ การดูแลญาติผู้ดูแล ซึ่งเปรียบเสมือนขุมพลังที่มีความสำคัญในระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะยาวอย่างแท้จริง เป็นสิ่งท้าทายยิ่งสำหรับพยาบาลจิตเวชในการใช้กระบวนการพยาบาลและเครื่องมือสำคัญต่าง ๆ ในการส่งเสริมศักยภาพและบทบาทญาติผู้ดูแลในการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยตาม 4 ระยะ: ระยะก่อนผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะหลังจากผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโรค และระยะจัดระบบครอบครัวใหม่ ให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดคือผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้เต็มศักยภาพ หนังสือเล่มนี้สะท้อนภาพของพยาบาลจิตเวชที่มีความห่วงใยต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้ในบทส่งท้ายผู้เขียนได้กล่าวถึงประเด็นและแนวโน้มการดูแลญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และยังให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแลญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผ่านการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัย/นวัตกรรม

หนังสือเล่มนี้ ดิฉันเห็นว่ามิใช่ประโยชน์ อ่านง่าย เหมาะสำหรับพยาบาลจิตเวช นิสิต นักศึกษา และบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการดูแลญาติผู้ดูแลและผู้เป็นโรคจิตเภททุกท่าน เพราะจะทำให้เข้าใจบริบทการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภทของญาติผู้ดูแล และแนวทางที่จะช่วยดูแลบุคคลกลุ่มดังกล่าวได้อย่างเป็นรูปธรรม ขอเชิญชวนและแนะนำให้ทุกท่านได้อ่านหนังสือเล่มนี้ เพราะท่านจะได้รับความรู้ที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในการส่งเสริมและสนับสนุนญาติผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จอย่างงดงามในการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภทต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ
คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

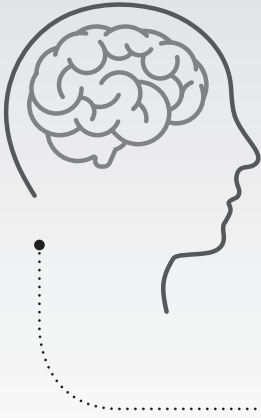


คำนิยม

“ทำไมต้องเป็นครอบครัวเราด้วยนะ” “โรคนี้ไม่มีทางหาย...เราต้องอยู่กับสิ่งเหล่านี้ไปจนตายจากกัน ใช้ไหมคะหมอ” “ยายก็แก่แล้ว ตอนนี้สิ่งที่ห่วงที่สุดคือเจ้าคนนี่แหละ...ถ้ายายเป็นอะไรไป ใครจะเลี้ยง” เป็นคำพูดที่ทีมบุคลากรที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทางจิตจะได้ยินเสมอจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เราจะไม่มีทางช่วยกลุ่มคนเหล่านี้เลยหรือ

หนังสือ “การดูแลญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช” ซึ่งเขียนโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามณูช อินทะพุดม ถือได้ว่าเป็นแหล่งความรู้ส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชได้คำตอบที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เนื้อหาที่เขียนเป็นเนื้อหาที่ผู้เขียนสกัดมาจากประสบการณ์การทำงานจริงและการศึกษาค้นคว้ามาอย่างครอบคลุม ทำให้ผู้อ่านมองเห็นภาพการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงความต้องการที่พยาบาลควรคำนึงถึง นอกจากนี้ยังนำเสนอแนวทางการจัดการที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง สำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพ จากเนื้อหา ทำให้มองเห็นถึงความมุ่งมั่นและตั้งใจจริงของผู้เขียนที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ออกมาเป็นตัวอักษรที่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ เชื่อมั่นว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแหล่งหนึ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาล และทีมสุขภาพในการนำไปใช้เพื่อการดูแลญาติผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยให้มีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น เชื่อว่าเราคงได้ยินคำพูดที่ว่า “มันก็เครียดนะคุณพยาบาล (ก้มหน้า น้ำตาคลอ) ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอหรอก พ่อค้าหาคนเดียวไง มีหลายปากท้องขึ้นหลังจากเค้าป่วยมาอยู่ด้วยเนี่ย...” “ก็อยากให้มันหาย แต่มันคงไม่หายแล้วละ แ่อยากให้อุดูแลตัวเองได้ ฉันเป็นอะไรไปเค้าจะอยู่ด้วยตัวเองได้...” น้อยลง และได้เห็นรอยยิ้มของผู้ดูแลมากขึ้น

รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทรวงษ์
รักษาการแทนผู้อำนวยการสำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



จากใจผู้เขียน

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่ต้องการการดูแลในระยะยาว จึงจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อทุกระดับและทุกมิติของชีวิต ทั้งของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ครอบครัว ตลอดจนสังคมและประเทศชาติ ตามนโยบายปฏิรูปสุขภาพที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเพื่อลดปัญหาความไม่เพียงพอของเตียงที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล นโยบายดังกล่าวมุ่งการลดอัตราการครองเตียงและระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านนั้น ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาลในระยะยาว เป็นภาระที่ต้องแบกรับอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งครอบครัวและญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวเพื่อการจัดการการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของสมาชิกครอบครัวตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ตั้งแต่ก่อนได้รับการวินิจฉัยโรค หลังจากได้รับการรักษา จนกว่าจะถึงระยะการจัดระบบครอบครัวใหม่ ซึ่งเป็นความยุ่งยากในการรับมือกับการเป็นทั้งญาติผู้ดูแลและต้องดูแลครอบครัวและบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตไปด้วยพร้อม ๆ กัน ญาติผู้ดูแลจึงเป็นเสมือนตัวแทนของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยเพื่อการดูแลมากที่สุด การทำบทบาทผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อในทุกระดับทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแล บนความยุ่งยากในการดูแลนั้นญาติผู้ดูแลจึงเปรียบเสมือนผู้ป่วยแฝง ที่อาจพัฒนาไปสู่การป่วยทางจิตได้

กว่า 20 ปี ที่ผู้เขียนทำงานด้านพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีหลาย ๆ เหตุการณ์ที่ได้พบเจอเกี่ยวกับความทุกข์ ความยากลำบากของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และตราตรึงอยู่ในความทรงจำ และยิ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ เชื้อไวรัสโคโรนา-19 (COVID-19) ที่เป็นวิกฤตของสังคมโลกในปัจจุบัน ผู้คนต้องการปรับตัวสู่วิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ก็ยิ่งทำให้ผู้เขียนอดรำลึกถึงพวกเขาเหล่านั้นไม่ได้ว่าจะดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและดูแลตัวเองกันอย่างไร เพราะวิกฤตดังกล่าวจะยิ่งเพิ่มความยุ่งยากลำบากและเกิดปัญหาใหม่ ๆ ที่ซับซ้อนมากกว่าเดิม ด้วยธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องในการคิด การตัดสินใจ การเข้าใจตนเอง หนังสือ



เล่มนี้ถูกเขียนขึ้นมาด้วยแรงบันดาลใจจากความทรงจำเหล่านั้นที่ผู้เขียนได้มีประสบการณ์สัมผัสกับความทุกข์ยากในการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตลอดเวลาที่อยู่ในสายงานนี้ ทั้งในโรงพยาบาลจิตเวช และในชุมชนที่ผู้เขียนต้องนิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนิสิตพยาบาล รวมทั้งจากงานวิจัยของผู้เขียนตั้งแต่เรียนระดับปริญญาเอกจนถึงปัจจุบัน หลายเหตุการณ์เข้าโลกภายในของผู้เขียน และสัมผัสเตือนความรู้สึกทุกครั้งที่น่าทึ่งถึงแม้ขณะที่กำลังเขียน ซึ่งผู้เขียนปรารถนาจะถ่ายทอดบางเหตุการณ์เพื่อเป็นกระบอกเสียงแก่ญาติผู้ดูแลและทุกหัวใจที่ยิ่งใหญ่ของพวกเขาเหล่านั้น...

เมื่อหลายปีก่อน ระหว่างช่วงเวลานำนิสิตไปฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง หน้าโรงพยาบาลมีถนนที่รถวิ่งเร็วมาก ผู้เขียนพักที่หน้าโรงพยาบาลจึงต้องเดินข้ามถนนทุกเช้าเพื่อมาขึ้นรถนิสิต วันหนึ่งขณะที่ผู้เขียนกำลังเดินข้ามถนน ทันใดนั้นก็มีความดังขึ้นที่ด้านหลังว่า... “อย่าสะบัด อย่าสะบัดนะ จับมือแม่ จับมือแม่แน่น ๆ อย่าสะบัดนะ” เสียงนั้นผู้เขียนรับรู้และสัมผัสได้ว่าไม่ใช่เสียงแห่งความผ่อนคลาย ชั่วขณะ ความคิดแรกของผู้เขียนนึกถึงตนเองเมื่อตอนที่ลูกสาวยังเล็กที่มือเล็ก ๆ ของลูกจะถูกกุมอย่างแน่นและมีสติตลอดเวลาเพื่อให้แน่ใจว่าลูกจะไม่สะบัดมือวิ่งไปให้รถทับด้วยความไร้เดียงสา แต่ภาพที่ผู้เขียนหันหลังกลับไปมองตามเสียงนั้นก็กลับพบว่าไม่ใช่มารดาที่จูงลูกเล็กตามภาพในความคิด กลับเป็นภาพหญิงชราผมหงอก หลังโค้งค่อมลง สวมเสื้อผ้าหม่น ๆ จากความเก่า มือที่เหี่ยวบนของเธอข้างหนึ่งหิ้วถุงพลาสติกมีกล้วยและสิ่งของอย่างอื่นอยู่เต็ม มืออีกข้างจูงมือผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ผู้เขียนตัดสินใจยื่นรอกหญิงชราที่เรียกตนเองว่า “แม่” และแน่นอนว่าเจ้าของมือนั้นที่กำลังจับอย่างแน่นย่อมจะเป็นลูกสาวของเธอ...ซึ่งในเวลานั้นควรจะได้จูงเธอเพื่อข้ามถนนแต่กลับเป็นเธอที่ยังต้องจูงลูก ผู้เขียนจึงซักถามเสวนาเพียงเล็กน้อย ได้ความว่าเธอพาลูกสาวมาตรวจตามนัด ผู้เขียนยื่นมองส่งกำลังใจให้เธอและลูกสาวจนเดินลับเข้าไปในตึกผู้ป่วยนอกจิตเวช เธอและลูกสาวเดินลับไปแล้ว แต่คำถามที่ไร้คำตอบที่ออกจากความคิดแต่มาจากที่คอผู้เขียนคือ “ก็ปีแล้วที่มือนี้จูงลูกมา และยังต้องจูงไปอีกนานเท่าไร?”

อีกเรื่องราวเกิดขึ้นในช่วงการนิเทศงานนิสิตพยาบาลเช่นกัน ทุกเช้าจะมีการรับ-ส่งเวรของพยาบาลเวรตึกให้แก่ทีมพยาบาลเวรเช้า มีข้อมูลจากการส่งเวรนั้นว่ามีผู้ป่วยรายหนึ่งที่แพทย์เตรียมให้กลับบ้านมาร่วมสัปดาห์แล้วแต่ติดต่อญาติยังไม่ได้เลย ญาติที่มาส่งผู้ป่วยเป็นมารดา มาครั้งเดียววันนั้นแล้วไม่มาเยี่ยมอีกเลย ผู้ป่วยเองก็กังวลรอคอยการมาเยี่ยมและการมารับกลับของญาติ และคิดกันไปต่าง ๆ นานา ระหว่างที่ผู้เขียนกำลังเดินออกจากตึกผู้ป่วยวันนั้น ผู้เขียนพบหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ศาลาพักสำหรับญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่สีหน้าเธออิดโรย แววตาหม่นหมอง เธอมาคนเดียว ผู้เขียนเข้าไปทักทายเสวนา จึงทราบว่าเธอคือมารดาของผู้ป่วยรายนั้นเอง แท้จริงแล้วเธอมาโรงพยาบาลแทบทุกวัน แต่มาแอบดูและไม่กล้าเยี่ยมลูกของเธอ ช่วงแรกเธอกลัวว่าลูกจะรีบวิ่งกลับบ้าน แต่ระยะหลังเธอก็เต็มไปด้วยความห่วงวนวิตกในการดูแลลูกลำพัง สามาทีเป็นบิดาของผู้ป่วยเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยยังเล็ก และสามิคคนที่สอง

ก็จากเธอไปเมื่อลูกเริ่มป่วย เธอต้องทำงานประจำในโรงงาน ตั้งแต่ลูกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเธอต้องลงงานมาเฝ้าลูกที่หน้าตึกแทบทุกวัน เธอไม่สามารถไปทำงานได้ด้วยความเป็นห่วงลูก เธอหมกมุ่นครุ่นคิดทุกวันคืน นอนไม่หลับ ท่วมท้นไปด้วยความรู้สึกต่าง ๆ ทั้งรู้สึกผิดต่อลูก สับสนว่าตนคิดผิดหรือไม่ที่พาลูกมาส่งโรงพยาบาล คิดถึงและเป็นห่วงแต่ก็กังวลหากลูกจะกลับบ้านแล้วเธอต้องเผชิญกับอาการทางจิตเหมือนก่อนจะมาโรงพยาบาลที่ลูกทำร้ายเธออีกทั้งกังวลเรื่องรายได้ เธอร้องไห้อย่างหนักกับผู้เขียนหลังจากที่ทราบว่าแพทย์ให้ลูกกลับบ้านแล้วและรอญาติมารับ เธอพร่ำพูดซ้ำ ๆ เมื่อผู้เขียนเข้าไปสวมกอดเธอว่า “ไม่มีใครหรอก ไม่มีใครจะเข้าใจหัวอกของฉันหรอก ฉันเหมือนอยู่ในความมืดมนคนเดียว”...

เรื่องราวในโลกของญาติผู้ดูแลยังมีอีกมากมายที่อยู่ทั้งในความทรงจำรวมทั้งในตัวอักษรที่ถ่ายทอดออกมาจากการบันทึกการบอกเล่าประสบการณ์ในหลาย ๆ เรื่องปรากฏการณ์ในงานวิจัยของผู้เขียน ตลอดจนกว่า 20 ปี ที่ผู้เขียนทำงานในสายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งในสายงานด้านปฏิบัติการและสายวิชาการ ทั้งหมดเป็นแรงบันดาลใจให้เขียนหนังสือเล่มนี้ **“การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช”**





คำนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท นับเป็นความวิฤตของครอบครัวและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ การมีสมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักแม้ยังมีชีวิตอยู่ด้วยกัน เป็นการสูญเสียบุคคลเดิมที่เคยรู้จักให้กับโรคทางจิตเวช ที่กำหนดระยะเวลาการเยียวยาได้ยากมาก และด้วยธรรมชาติของโรคที่มีความเรื้อรัง จึงเป็นความรับผิดชอบหรือภาระที่ไม่มีวันจบสิ้นของญาติผู้ดูแล

ผู้เขียนตระหนักถึงความจริงเหล่านี้ จากการสอนในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมากกว่า 20 ปี ร่วมกับศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ตั้งแต่ศึกษาระดับปริญญาโทจนถึงปัจจุบัน มีความเข้าใจในประสบการณ์ที่ยุ้งยากและซับซ้อนของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งญาติผู้ดูแลอันเป็นกำลังสำคัญของบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลต่อเนื่องต้องเผชิญอย่างเต็มไปด้วยความคาดหวังจากหลากหลายทิศทาง และอาจจะยังขาดโอกาสที่จะได้เปล่งเสียงแห่งความทุกข์และความต้องการให้กับสังคมได้รับรู้

หนังสือเล่มนี้มีเนื้อหาเหมาะสำหรับนิสิต นักศึกษา พยาบาลจิตเวช และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพราะจะทำให้เข้าใจบริบทของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่เป็นความยุ่งยากและเกิดผลกระทบในทุกมิติของชีวิตญาติผู้ดูแลและครอบครัว ตลอดจนได้แนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของญาติผู้ดูแลในการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เหมาะสมกับระยะของการเจ็บป่วยและระยะของการพัฒนาบทบาทผู้ดูแล เนื้อหาในหนังสือมี 6 บท โดยบทแรกจะเป็นความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการบำบัดรักษา บทที่ 2 เกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล/ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและบทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล บทที่ 3 เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของญาติผู้ดูแลและครอบครัว บทที่ 4 เกี่ยวกับเครื่องมือที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการประเมินญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท บทที่ 5 เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและหลังจากได้รับการรักษา ส่วนบทที่ 6 เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะจัดระบบครอบครัวใหม่ และมีประเด็นและข้อเสนอแนะในการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในบทส่งท้าย

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณท่านรองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังษี รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการปรับปรุงให้หนังสือเล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านรองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ ที่เป็นผู้จุดประกายความคิดให้มองเห็นภาพงานด้านการพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลในมิติที่กว้างและลึกมากขึ้น และช่วยชี้ประเด็นที่สำคัญในการพัฒนาเนื้อหาในหนังสือเล่มนี้จนมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และที่ขาดไม่ได้ ผู้เขียนขอขอบคุณญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยสะท้อนเรื่องราวประสบการณ์ที่ทรงคุณค่าที่เป็นส่วนหนึ่งของผลงานคือหนังสือเล่มนี้ด้วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชามณูย์ อินทะพุดม
ผู้เขียน



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนิยม	ก
จากใจผู้เขียน	ค
คำนำ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ

บทที่ 1	ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการบำบัดรักษา	1
	สถานการณ์แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท	2
	สถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในยุคการเปลี่ยนแปลง	4
	ความหมายของโรคจิตเภท	6
	สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท	7
	การดำเนินและการพยากรณ์โรค	14
	ลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท	19
	การวินิจฉัยแยกโรค	29
	การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	34
	การบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตเวช	36
	บทสรุป	43
	เอกสารอ้างอิง	44
บทที่ 2	แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแล/ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และบทบาทของพยาบาลจิตเวช	49
	แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	50
	• ความหมายของญาติผู้ดูแล	50
	• ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลจากความเสื่อมสมรรถภาพของผู้ป่วย	51
	• ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผลกระทบจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	56



- บทบาทของครอบครัวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 65
 - ผลกระทบของโรคจิตเภทต่อครอบครัว 68
- บทบาทพยาบาลในการดูแลญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท 69
 - ขอบเขตของบทบาทพยาบาลวิชาชีพ 69
 - บทบาทตามระดับการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ 70
 - บทบาทตามระดับของการบริหารพยาบาล 71
 - บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท 72
 - บทบาทพยาบาลจิตเวชตามระยะการพัฒนากิจกรรมและบทบาทการดูแลของญาติผู้ดูแล 73
 - บทบาทพยาบาลจิตเวชตามระยะการพัฒนากิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล 74
 - บทบาทพยาบาลจิตเวชตามระยะการพัฒนารูปแบบบทบาทของญาติผู้ดูแล 75
- ประเด็นความท้าทายบทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท 76
- บทสรุป 82
- เอกสารอ้างอิง 83

บทที่ 3

การจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของญาติผู้ดูแลและครอบครัว 91

- การจัดการดูแลของญาติผู้ดูแลและครอบครัว 92
 - ระยะที่ 1 ระยะก่อนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค 92
 - ระยะที่ 2 ระยะผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค 94
 - ระยะที่ 3 ระยะหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา 95
 - ระยะที่ 4 ระยะจัดระบบครอบครัวใหม่ 108
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 108
 - ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ครอบครัว 109
 - ปัจจัยด้านญาติผู้ดูแลหลัก 116
 - ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล 116
 - ปัจจัยด้านความพร้อมของญาติผู้ดูแล 117
 - ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม 122
- บทสรุป 124
- เอกสารอ้างอิง 125



บทที่ 4

เครื่องมือสำคัญสำหรับพยาบาลในการประเมินญาติผู้ดูแล ผู้ที่เป็โรจิตเภท

131

ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงในการเลือกใช้เครื่องมือ	131
เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว	133
เครื่องมือประเมินญาติผู้ดูแล	135
> แบบวัดคุณภาพชีวิต	135
> แบบวัดภาวะการดูแล	141
> แบบประเมินมุมมองเชิงบวกจากการดูแล	144
> แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค	147
> แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	148
> แบบประเมินความพร้อมในการดูแล	150
> แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์	151
บทสรุป	154
เอกสารอ้างอิง	155

บทที่ 5

กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมศักยภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ที่เป็โรจิตเภทในระยะผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค และหลังจากได้รับการรักษา

161

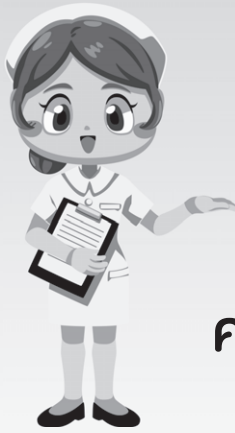
กระบวนการพยาบาลระยะผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค	162
กระบวนการพยาบาลระยะหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษา	173
บทสรุป	184
กรณีตัวอย่าง การประยุกต์กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพ ญาติผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรจิตเภทในระยะหลังจากผู้ป่วย ได้รับการรักษา	185
เอกสารอ้างอิง	198



บทที่ 6	กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมศักยภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะจัดระบบครอบครัวใหม่	201
	การประเมิน	202
	การระบุปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	203
	การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล	204
	การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล	204
	การประเมินผล	215
	บทสรุป	216
	กรณีตัวอย่าง การประยุกต์กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพ ญาติผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะจัดระบบครอบครัวใหม่	217
	เอกสารอ้างอิง	230
บทส่งท้าย	ประเด็นและข้อเสนอบนในการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	233
ดัชนี		242
ประวัติผู้เขียน		246

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1-1	จำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอกใหม่ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่าย และผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปี 2558–2562	3
ตารางที่ 1-2	ปัจจัยทำนายนายการพยาบาลกรณีโรค	17
ตารางที่ 1-3	อาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า แบ่งตามระดับความแรงของยา	38



ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการบำบัดรักษา

ปัจจุบันเป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงของโลกอย่างสิ้นเชิง (disruptive world) ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม มีการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติและเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ เช่น ไวรัสโควิด-19 ที่ทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ และอาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต ส่งผลกระทบต่อคนในสังคมเป็นอย่างมาก วิธีการดำเนินชีวิตในโลกปัจจุบันต้องการการปรับเปลี่ยนอย่างสิ้นเชิง (disruptive of life) มีการดำเนินชีวิตในวิถีใหม่ (new normal life) ซึ่งกระทบการดำเนินชีวิตในทุก ๆ มิติ การรับมือกับความแปรปรวนของโลกภายนอกย่อมส่งผลต่อโลกภายในของบุคคล ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และหากการรับมือไม่มีประสิทธิภาพในระยะยาว ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ รวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย

โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง ถือเป็นความพิการทางจิตใจและสังคม ส่งผลกระทบในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ เป็นโรคที่มีความเสื่อมของความสามารถด้านการคิด การรับรู้และการดำรงชีวิตตามปกติของบุคคล และมักจะถูกตีตราจากสังคมจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ เมื่อเกิดอาการทางจิตอาจก่ออันตรายต่อทั้งตนเองและบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม เป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลของสังคม และงบประมาณของประเทศเพื่อการดูแลรักษาโรคจิตเภทจึงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomrathn, 2010)

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การดูแลจึงต้องการความร่วมมือจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในกระบวนการดูแลที่จะเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยและการดูแลโดยตรง ญาติผู้ดูแลเปรียบเสมือนหนึ่งของพินเฟืองในการขับเคลื่อนการดูแลตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรคและการบำบัดรักษา ญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องให้ความใส่ใจไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าตัวผู้ป่วย ดังนั้นวัตถุประสงค์หลักของ



เนื้อหาในบทนี้ จึงเป็นการปูพื้นฐานความรู้ในเรื่องโรคจิตเภทก่อนที่จะก้าวสู่เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล โดยเนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์และการแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ การดำเนินและการพยากรณ์โรค ลักษณะอาการและอาการแสดง การวินิจฉัยแยกโรค และการบำบัดรักษา ตามลำดับ



สถานการณ์แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทมีมากขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2016 พบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก แบ่งเป็นเพศชายประมาณ 12 ล้านคน เพศหญิงประมาณ 9 ล้านคน ซึ่งมากกว่าจำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ (World Health Organization, 2016) โดยโรคจิตเภทมีความชุกชั่วชีวิต (life time prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5–1.2 ของประชากรทั้งหมด (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin, & Vos, 2015)

จากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังจึงก่อให้เกิดภาวะโรค องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคจิตเภทจัดอยู่ในอันดับต้น ๆ ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต และเป็นอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท (Whiteford, Degenhardt, Rehm, Baxter, Ferrari, Erskine et al., 2015) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ 0.7–1 เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า 1 ปี และองค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูญเสียปีแห่งสุขภาพะไปถึงร้อยละ 91 (Glatt, Faraone, & Tsuang, 2019) จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงนับเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ของสังคมประเทศชาติที่อยู่ในวัยที่จะสร้างผลผลิตให้กับประเทศ ตัวอย่างจากประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานการสูญเสียรายได้ต่อปีของผู้เจ็บป่วยทางจิตรุนแรงถึง 193 ดอลลาร์ (Curtis & Tuzo, 2017) นอกจากนี้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการรักษาต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงไม่กระทบเฉพาะเศรษฐกิจในครอบครัวผู้ป่วยเท่านั้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 75 ของรายได้ประเทศที่ได้มาจากภาษีของประชาชน ถูกใช้จ่ายไปเพื่อการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท และร้อยละ 25 ของผู้ป่วยครองเตียงเพื่อการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับประเทศไทย การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์จากปัญหาสุขภาพจิตที่ผ่านมายังมีน้อย หลักฐานการศึกษาที่มีอยู่จากประเทศที่มีรายได้สูง ปานกลางหรือต่ำ ชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่าปัญหาจากโรคทางจิตเวชคิดเป็นต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์สูง และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทางกายอื่น ๆ โรคจิตเภทจึงจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญของประเทศ

สำหรับระบบสาธารณสุขไทยที่กำลังเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของประชากร เช่นกัน จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ ร้อยละ 0.8 หรือ 400,000 คน จำนวนผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติที่รวบรวมโดยกรมสุขภาพจิต พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอกใหม่ ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต นับถอยหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558–2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ดังตารางที่ 1-1 (ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต, 2563)

ในจำนวนที่ปรากฏเป็นสถิติคือตัวเลขการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แต่ยังมีอีกมากที่ไม่สามารถนับรวมในจำนวนตัวเลขที่ปรากฏเนื่องจากไม่ได้เข้าถึงระบบการบริการสุขภาพ หรือหลุดออกไปจากระบบการรักษาฟื้นฟูต่อเนื่องในภายหลัง ทั้งนี้จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 มีเพียงร้อยละ 61 และ 64.87 ตามลำดับ และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะไม่เข้าถึงบริการเพื่อการบำบัดรักษาในทันทีที่เริ่มมีอาการ โดยระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการครั้งแรกจนเข้าสู่การรักษาคือ 10 ปี (นพดล วาณิชชิต, สุทธา สุปัญญา, ปทานนท์ ขวัญสนิท, นพพร ดันตริงดี และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2563) นอกจากนี้ การสำรวจผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Udomrath & Wasiknanon, 2009) และร้อยละ 45 มีปัญหาทางจิตเวช (เสวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโคกรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูภิรณีย์ เสียงล้ำ และ วีร์ เมฆวิสัย, 2560)

ตารางที่ 1-1

จำนวนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอกใหม่ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่าย และผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปี 2558–2562

พ.ศ.	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอกใหม่	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่าย	ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
2562	1,172,784	86,944	97,720	52,102	57,096
2561	1,149,645	87,150	95,885	50,013	80,092
2560	1,102,470	79,379	98,992	51,931	99,865
2559	1,066,096	82,399	93,666	50,123	99,759
2558	1,070,084	78,270	88,333	46,828	44,759



จากการรวบรวมข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2556 พบว่าการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเวชในโรงพยาบาลยังทำได้จำกัดด้วยเหตุที่มีจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งสิ้น 8,959 เตียง คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1:7,269 นอกจากนี้ การกระจายตัวของโรงพยาบาลจิตเวชยังไม่ทั่วถึง มีลักษณะการกระจุกตัวหนาแน่นในเขตภาคกลาง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การบริการรักษาพยาบาลจึงไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจึงไม่เข้าถึงการรักษา และจากการที่จำนวนเตียงไม่เพียงพอ นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพจึงมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และถูกปรับเปลี่ยนมามุ่งเน้นการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว และให้ดำเนินชีวิตในชุมชนให้เร็วที่สุด เพื่อลดอัตราการครองเตียง และระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลเพียงประมาณ 2-3 สัปดาห์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552; Udomrath & Wasiknanon, 2019) ซึ่งความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อจากนั้นย่อมตกอยู่ที่ครอบครัวญาติผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้



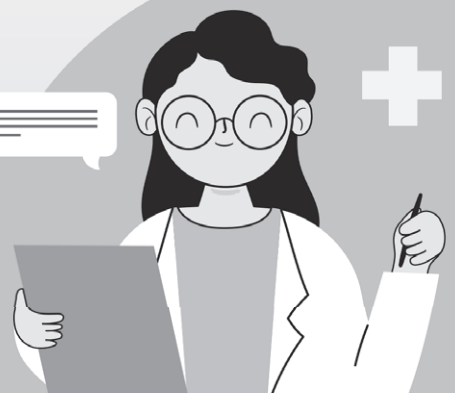
สถานการณ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในยุคการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมากมายในโลกปัจจุบัน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ส่งผลให้คนในสังคมโลกต้องปรับเปลี่ยนสู่ภาวะปกติใหม่ (new normal) ที่เป็นสภาวะ VUCA World ที่มีทั้งความผันผวน (Volatility) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความสลับซับซ้อน (Complexity) ความคลุมเครือ (Ambiguity) มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีข้อมูลเข้ามาใช้ในชีวิตประจำวัน โดยผสมผสานไปกับการทำงานและการใช้ชีวิตมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งทำให้วิถีชีวิตของผู้คนเกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ทำให้ระบบบริการสุขภาพทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยมีการรับมือและจัดปรับให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทสิ่งแวดล้อม โดยมีการใช้เทคโนโลยีและการพัฒนานวัตกรรมในระบบการดูแลสุขภาพ แม้กระทั่งในทางการแพทย์มีการนำหุ่นยนต์อัตโนมัติที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง โดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligent: AI) มาร่วมใช้งานในระบบบริการสุขภาพ และเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว และยังคงลดข้อจำกัดด้านการขาดแคลนบุคลากรที่มีสุขภาพด้วย (ดาร์วาร์ตน์ ชวงค์อินทร์, ฤชดา ไมเหล็ก, กมลชนก บุญประจักษ์, มาริษา สมบัติบุรณ์ และ เบญจมาศ ปรีชาคุณ, 2563)

ในยุคแห่งวิถีการเปลี่ยนแปลงนี้ ยังมีการใช้การบำบัดแบบ blended model ซึ่งเป็นการบูรณาการการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาผสมผสานในงานบริการสุขภาพจิต รูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิมคือการเผชิญหน้า (face-to-face treatment) อย่างเดียว เช่น การให้การปรึกษากับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผ่าน Facebook page หรือใช้แพลตฟอร์มไลน์ (Line) และการวิดีโอคอลวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ (VDO call, VDO conference) หรือการให้การปรึกษาผ่านวิดีโอ

(VDO consultation) หรือการใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ ในการติดตามอาการผู้ป่วย หรือการดูแลของญาติผู้ดูแล เป็นต้น (Greenhalgh, Wherton, Shaw, & Morrison, 2020; Hollander, & Carr, 2020; Kozloff, Mulsant, Stergiopoulos, & Voineskos, 2020; Valentine et al., 2020)

สำหรับประเทศไทยระบบการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก็ได้มีการปรับเปลี่ยนโดยกรมสุขภาพจิต ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยระบบสุขภาพดิจิทัล โดยมีเป้าหมายเพื่อประชาชนมีสุขภาพจิตดีและเจ้าหน้าที่มีความสุข เช่น การปรับให้โรงพยาบาลจิตเวชเป็น smart & convenience hospital ซึ่งมีความทันสมัยมากยิ่งขึ้น เพิ่มความสะดวก รวดเร็ว เพิ่มคุณภาพและความปลอดภัย ลดขั้นตอน ลดเอกสาร ลดระยะเวลารอคอย ทั้งการใช้ระบบคิวออนไลน์แทนการเรียกชื่อผู้ป่วย ระบบการจัดยาอัตโนมัติ นอกจากนี้ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ยังมีการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพทางไกล (telepsychiatry) ที่เห็นเป็นรูปธรรม ได้แก่ 1) การใช้ระบบยาใจใกล้บ้าน ที่โรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่ายจะมีการเชื่อมประสานการทำงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องประเมินอาการทางจิตผู้ป่วย แล้วรายงานอาการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หากอาการทางจิตคงที่ทางโรงพยาบาลแม่ข่ายจะจัดส่งยามาที่ รพ.สต. เพื่อดูแลจ่ายยาต่อให้ผู้ป่วย 2) การส่งยาทางไปรษณีย์ไปที่บ้านผู้ป่วยโดยตรง กรณีที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสมัครใจจากเงื่อนไขความจำเป็นเรื่องระยะทางในการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยต้องรายงานอาการผู้ป่วยทุกเดือน หากอาการทางจิตผู้ป่วยคงที่ก็จะไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล เป็นต้น 3) การใช้เทคโนโลยีช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยโต้ตอบกันทางไกลแบบทันทีที่ ใช้ในการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและติดตามประเมินอาการในการรักษาโดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งเดิมเคยใช้ในวงจำกัด เช่น ในผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำเพื่อลดความเสี่ยงของทรมานทิวาชีพ ในการเข้าไปตรวจรักษาในเรือนจำและทัณฑสถาน ลดความเสี่ยงในการหลบหนีของผู้ต้องขัง และเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังทั่วประเทศ แต่ในปัจจุบันโดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่โควิด-19 ยิ่งมีการใช้มากขึ้นตามมาตรการเว้นระยะห่างทางกายภาพเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ





ความหมายของโรคจิตเภท

ในการให้ความหมายของโรคจิตเภท มีความเป็นมายาวนานและค่อนข้างซับซ้อน อาจจะเป็นเนื่องด้วยระบบการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชยังไม่ชัดเจนในอดีต โดยในยุคก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 19 จะไม่มีการให้ความหมายที่ชัดเจน แต่เน้นการอธิบายถึงลักษณะอาการของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการที่มีพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุสมผล เข้าใจได้ยาก และควบคุมไม่ได้ ในปี ค.ศ. 1896 ได้เริ่มมีการระบุโรคนี้อย่างชัดเจนโดย อีมิล แครพพิลีน (Emil Kraepelin) จิตแพทย์ชาวเยอรมัน โดยให้ชื่อว่า dementia praecox ซึ่งคำว่า “praecox” แปลว่า “เกิดก่อน” ทั้งนี้เพราะเขามีความเชื่อว่า โรค dementia praecox น่าจะมีเหตุนำมามาก่อนที่เป็นกระบวนการหรือการพัฒนาของโรคในระยะยาว เป็นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกายโดยเฉพาะระบบประสาทส่วนนอก และปรากฏชัดหลังวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งต่างจากโรคสมองเสื่อม (Dementia or Alzheimer’s) ที่เกิดความผิดปกติของสมองในช่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ (Jablensky, 2007) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันได้ยกเลิกการใช้ชื่อนี้

ต่อมาในปี ค.ศ. 1908 จิตแพทย์ชาวสวิส ยูจีน บลีย์เลอร์ (Eugene Bleuler) ได้บัญญัติคำว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia ขึ้น มีความหมายแปลตามคำคือ “การแยกจิต” มาจากภาษากรีกโบราณ คือคำว่า schizein แปลว่า “แยก” และ phren แปลว่า “จิต” (Kuhn & Cahn, 2004) คำนี้ถูกใช้เพื่อระบุการทำงานที่ไม่ประสานกัน หรือแยกกันระหว่างบุคลิกภาพ ความคิด ความจำ กับการรับรู้ ซึ่งต่อมากลายเป็นหลักของ “Eugene Bleuler’s four As” ที่อธิบายลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทว่า มีอาการ 4 อาการหลัก ๆ หรือ 4 As (McNally, 2009) ได้แก่

1. Affective disturbance/flattened affect คือการแสดงอารมณ์ไม่สอดคล้องกับบริบทของเรื่องที่พูด หรือการไร้การแสดงออกทางอารมณ์

2. Autism คือการคิดหมกมุ่นอยู่ในโลกของตนเอง โดยไม่คำนึงถึงเหตุและผลบนความเป็นจริง

3. Association disturbance คือการมีความคิดที่ไม่สอดคล้องสัมพันธ์ ไม่ต่อเนื่อง ไม่เชื่อมโยงกัน

4. Ambivalence คือการมีความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อเรื่องต่าง ๆ หรือมีความคิดสองฝักสองฝ่าย ทำให้ลังเลที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2019) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความบิดเบือนด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยระดับความรู้สึกตัวและระดับเชาวน์ปัญญายังคงปกติ

ส่วนสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) ระบุไว้ในการจำแนกโรคว่าการจะจัดว่าเป็นโรคจิตเภทนั้น นอกจากจะใช้เกณฑ์ด้านอาการและอาการแสดงแล้วยังใช้เกณฑ์ด้านความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน เกณฑ์ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม เกณฑ์ด้าน

ระยะเวลาที่เกิดอาการ ทั้งนี้จะต้องสามารถแยกให้ได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากการรับสารพิษ หรือจากความผิดปกติด้านอารมณ์

จากระบบการวินิจฉัยแยกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Thai Modification: ICD-10 TM) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่าเป็นความผิดปกติทางความคิด และการรับรู้ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญายังปกติอยู่ การดำเนินของโรคจิตเภทจะเป็นแบบต่อเนื่องหรือบางรายมีอาการเป็นพัก ๆ แล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา

ดังนั้นจึงสรุปว่า โรคจิตเภท หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ คือมีความคิดและการรับรู้ที่บิดเบือนจากความจริง ความคิดไม่ต่อเนื่องเชื่อมโยง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่ผิดปกติ และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ในขณะที่ระดับสติสัมปชัญญะและระดับเชาวน์ปัญญาเป็นปกติ



สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทนั้นซับซ้อน มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคมายาวนาน ตั้งแต่ช่วงครึ่งแรกของศตวรรษที่ 19 มีการใช้วิธีการผ่าตัดผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ก็ไม่พบหลักฐานที่ชัดเจน โดยภาพรวมหากเรียงลำดับความรู้ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทตามช่วงเวลาของการศึกษา สามารถรวบรวมได้ 2 ปัจจัยหลัก ๆ คือ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านชีวภาพ

ปัจจัยด้านจิตสังคม

ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 1950–1960 การศึกษามุ่งเน้นให้ความสนใจในปัจจัยด้านจิตวิทยาและสังคม มีหลักฐานการกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับการเกิดโรคจิตเภทไว้ดังนี้

1. ความขัดแย้งภายในจิตใจ (intra-psycho conflict) ปัจจัยนี้อ้างถึงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่กล่าวถึงแรงผลักดันภายใน (drive) ของบุคคลที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น แรงขับทางเพศ แรงขับของความก้าวร้าว ซึ่งเป็นแรงขับที่อยู่ในจิตไร้สำนึกที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา (id) ซึ่งบุคคลต้องมีวิธีการจัดการตนเองเพื่อให้ได้รับการตอบสนองตามแรงขับเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม ผ่านการทำงานของจิตส่วนรู้สำนึก (ego) และมโนธรรม (superego) หากการทำหน้าที่ของจิตเหล่านี้ไม่เหมาะสม ประกอบการใช้กลไกทางจิตที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ (primitive defense mechanisms) บุคคลไม่สามารถจัดการตนเองหรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ จะเกิด



ความขัดแย้งระหว่างความต้องการและแรงขับภายในนั้น จนเกิดเป็นความแปรปรวนของจิตขั้น (Glatt, Faraone, & Tsuang, 2019)

2. ความผิดปกติทางความสัมพันธ์กับมารดา (defect in the mother-child relationship)

เนื่องจากมารดาเป็นบุคคลที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ ให้ทารกได้รับการตอบสนองของความต้องการ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ความใกล้ชิดและผูกพันกับทารก ซึ่งหากมารดาขาดความรู้ความเข้าใจ ในการเลี้ยงดูและเสริมสร้างพัฒนาการ อาจจะนำมาซึ่งปัญหาในสัมพันธภาพ เช่น การไม่สามารถ แยกจากมารดาได้ ต้องคอยพึ่งพิงมารดาตลอด ซึ่งพบได้ในกรณีที่มารดาแสดงอำนาจเหนือเด็ก ตลอดเวลา เด็กขาดความมั่นใจ ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ยึดติด ส่งผลต่อการพัฒนา สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และมีพฤติกรรมถดถอย อย่างไรก็ตาม ความเชื่อนี้ในปัจจุบันถูกให้ ความสนใจน้อยลงทั้งในแง่การอธิบายสาเหตุของโรคและการบำบัดรักษา (Glatt, Faraone, & Tsuang, 2019)

3. การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว หรือเรียกว่าการสื่อสารแบบ double-bind communication

เป็นลักษณะการสื่อสารที่ไม่คงเส้นคงวา ไม่ตรงไปตรงมา การแสดงออกต่อกัน แบบไม่สม่ำเสมอ มีข้อมูลแอบแฝง ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ทำให้ผู้รับข้อมูลแปลไม่ได้ ว่าสิ่งที่พูดหรือแสดงออกมามาตรงตามจริงที่ต้องการแสดงออกหรือไม่ สร้างความสับสน โดยเฉพาะ ในเด็กจะมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง ไม่รู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไรให้คนอื่นพอใจ เกิดเป็นความไม่ไว้วางใจ ต้องคอยระมัดระวังตัว ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพ กับคนอื่นในสังคม และเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับอาการแยกตัวจากสังคม อย่างไรก็ตาม ความเชื่อนี้ ในปัจจุบันถูกให้ ความสนใจน้อยลงทั้งในแง่การอธิบายสาเหตุของโรคและการบำบัดรักษา (Glatt, Faraone, & Tsuang, 2019)

4. ครอบครัวมีพยาธิสภาพ

เช่น กรณีที่เด็กเกิดมาในครอบครัวที่มีบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ติดสารเสพติด จะส่งผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดู มีความบกพร่องในการตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งทางร่างกายและจิตใจ บางครอบครัว ที่มีการทำทารุณกรรมทางร่างกายหรือทางเพศ หรือมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion) เช่น มีการวิพากษ์วิจารณ์กันอย่างรุนแรง (criticism) มีท่าที่ไม่เป็นมิตรหรือเป็นศัตรูกัน (hostility) ก้าวก่ายชีวิตส่วนตัวของสมาชิกมากเกินไป (over involvement) การมีประวัติการประสบกับความเครียดอย่างรุนแรง ต่อเนื่อง ยาวนาน หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเครียดสูง เช่น แก่งแย่ง แข่งขัน อันตราย ไม่ปลอดภัย ย้ายถิ่น ยากจนมาก หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีอาชญากรรมสูง เด็กจะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคจิตเภทเมื่อเติบโตขึ้น และมีการศึกษาพบว่า เด็กที่เติบโตมา ในสภาพแวดล้อมดังกล่าวจะมีโครงสร้างสมองผิดปกติ (Evan, Reid, Preston, Palmer-Claus, & Sellwood, 2015) นอกจากนี้ ยังมีกรกล่าวถึงสาเหตุด้านความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา ที่เป็นปัญหา ได้แก่ บิดามารดามีความสัมพันธ์กันแบบเบ้ (marital skew) นั่นคือมีความเบ้เรื่อง อำนาจไปทางใดทางหนึ่ง เช่น บิดาหรือมารดาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีอำนาจเหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง

(ศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์, 2560) และมีความสัมพันธ์อีกแบบคือ แบบไม่ปรองดองกันแต่ยังต้องอยู่ด้วยกันเพราะยังต้องพึ่งพิง แต่เป็นการพึ่งพิงแบบมีพยาธิสภาพ มีความขัดแย้งอย่างชัดเจน ขาดการสื่อสาร ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความสนิทสนมกับบุตรเพศตรงข้ามมากผิดปกติ (Sadock, Sadock, & Ruize, 2015) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่กล่าวมาแล้วก็ยังไม่สามารถระบุได้ว่าการเกิดโรคจิตเภทมาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเท่านั้น

ปัจจัยด้านชีวภาพ

ในช่วง ค.ศ. 1970 เริ่มมีการศึกษาที่มุ่งความสนใจมาที่ปัจจัยด้านชีวภาพ เกี่ยวกับการเสียหายที่ของสมอง โดยมีการพิสูจน์ด้วยการใช้ยาต้านโรคจิตแล้วควบคุมอาการทางจิตได้ จึงใช้ปัจจัยด้านชีวภาพเป็นหลักในการอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทจนถึงปัจจุบัน และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมได้ลดบทบาทลง (Glatt, Faraone, & Tsuang, 2019; Sekar, Biala, de Rivera, Davis, Hammond, Kamitaki et al., 2016; Videbecks, 2017) ซึ่งปัจจัยด้านชีวภาพมีดังนี้

1. พันธุกรรม

พันธุกรรม (genes) เป็นเสมือนพิมพ์เขียว (blueprint) ในการพัฒนาของสมองของมนุษย์ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติของพิมพ์เขียว จึงทำให้เกิดปัญหาในการพัฒนาของระบบประสาทสมอง (neurodevelopmental disorder) ไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งของการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทและแบบแผนการเชื่อมต่อกันระหว่างเซลล์ประสาทที่ไม่เหมาะสม คล้ายกับการที่ช่างไฟที่นำหลอดไฟที่ควรอยู่ในห้องทำงานไปไว้ในห้องนอน เป็นต้น ความผิดปกติเช่นนี้จึงเป็นมาตั้งแต่เกิดซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาด้านอื่น ๆ เช่น ในวัยเรียนที่ควรเริ่มมีเพื่อน เด็กเหล่านี้ก็จะมีปัญหาในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนทำให้มีเพื่อนน้อย ซึ่งอธิบายว่าเป็นบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Shrivastava, & De Sousa, 2020)

หลักฐานการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ เป็นความเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคจิตเภทถึงร้อยละ 80 (Halter, 2018) ผลจากการศึกษาโรคจิตเภทของคนในครอบครัวบุตรบุญธรรม หรือฝาแฝด ระบุว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดโรคนี้นสูงกว่าประชากรทั่ว ๆ ไป ในญาติสายตรง เช่น พี่น้องหรือบุตรของผู้ป่วย มีโอกาสป่วยสูงกว่าคนทั่วไป 10 เท่าจากการศึกษาเปรียบเทียบกับบุตรบุญธรรม พบว่าบุตรจริงของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท มีโอกาสเกิดโรคนี้นสูงกว่าคนที่ เป็นบุตรบุญธรรม การศึกษาคู่แฝดมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนในผลของปัจจัยทางกรรมพันธุ์ต่อการเกิดโรคจิตเภท แต่ในขณะเดียวกันเป็นการบ่งชี้ไปด้วยว่ากรรมพันธุ์ไม่ใช่สาเหตุเดียวของการเกิดโรคจิตเภท จากการศึกษาฝาแฝดไข่คนละใบ พบว่ามีโอกาสเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 15 ในขณะที่แฝดไข่ใบเดียวกันมีโอกาสที่อีกคนหนึ่งป่วยตามไปด้วยถึงร้อยละ 40–50 (Castellani, Melka, Gui, O'Reilly, & Singh, 2015) จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเกิดโรคนี้นมากกว่า นั่นคือกรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องมาก

แต่อย่างไรก็ตาม ข้อเท็จจริงดังกล่าวได้สะท้อนอีกมุมหนึ่งว่าไม่ใช่ทั้งหมดร้อยเปอร์เซ็นต์หรือไม่ใช่สาเหตุเดียวที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทนั่นเอง

2. ปัจจัยแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และระหว่างคลอด

มีการวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อในครรภ์ และการกระทบของสมองหลังคลอดกับสาเหตุของโรคจิตเภท พอสรุปได้ว่า การติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ในเด็กที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมอยู่ก่อนแล้ว ข้อเสนอสนับสนุนมาจากข้อมูลที่ว่าเด็กในทางตะวันตกที่เกิดในระหว่างฤดูหนาวและตอนต้นของฤดูใบไม้ผลิ มีโอกาสเกิดโรคนี้สูงกว่าฤดูอื่นซึ่งอาจมีการติดเชื้อไวรัสในระหว่างนั้น นอกจากนี้ การกระทบกระเทือนต่อสมองในระหว่างคลอด เช่น การกระทบกระเทือนหรือการขาดออกซิเจนในระหว่างคลอด ก็เป็นหนึ่งในปัจจัยทางชีวภาพ เพราะนำไปสู่การเกิดโครงสร้างของสมองผิดปกติตามมา เช่น มีช่อง ventricle ในเนื้อสมองโต ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Shrivastava, & De Sousa, 2020)

การถูกจำกัดการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ไม่ว่าจะด้วยเหตุใด มีความสำคัญต่อการพัฒนาของระบบประสาทสมอง รวมทั้งความผิดปกติของ umbilical artery blood flow อันนำไปสู่ภาวะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งในเด็กคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ มักจะมีขนาดสมองส่วน cortical gray matter และ hippocampus ลดลง และขนาดของ lateral ventricle ใหญ่ขึ้น ซึ่งความผิดปกติของโครงสร้างสมองเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท นอกจากนี้ ภาวะเบาหวานในระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา พบว่าเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภท เพราะภาวะเบาหวานทำให้เกิดทารกตัวโตกว่าปกติ (macrosomia) ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด จากการที่มีขนาดสัดส่วนศีรษะกับช่องเชิงกรานไม่สัมพันธ์กัน (cephalopelvic disproportion) (Shrivastava, & De Sousa, 2020)

3. ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทในสมอง

สารสื่อประสาท (neurotransmitters) ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทมีดังนี้

3.1 โดปามีน (dopamine): โดปามีนเป็นสารสื่อประสาทที่สร้างจากสารตั้งต้นไทโรซีน (tyrosine) และกรดอะมิโน (amino acid) ที่ได้จากอาหาร (Stuart, 2013) มีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในเรื่องแรงจูงใจ ความใส่ใจ ความจำ การเคลื่อนไหว และความพึงพอใจ การได้รับรางวัล (reward system) การเคลื่อนไหวที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ พฤติกรรมการตัดสินใจ การให้เหตุผล การหยั่งรู้ในตนเอง (Boyd, 2012)

เซลล์ประสาทโดปามีนในสมองมี 3 ล้าน ถึง 4 ล้านเซลล์ กระจายตัวหลายบริเวณในสมองมากกว่าเซลล์ประสาทโมโนเอมีนชนิดอื่น โดยมีความหนาแน่นมากบริเวณซับสแตนเชียไนกรา (substantia nigra), เวนทริล เท็คเมนทัล (ventral tegmental) และอาร์คัวเอท นิวเคลียส (arcuate nucleus) โดยเส้นทางของสารสื่อประสาทโดปามีนในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS dopaminergic pathways) ที่สำคัญมี 4 เส้นทาง (Boyd, 2012) ได้แก่

1) เส้นทางมีโซลิมบิก (mesolimbic pathway) โดปามีนในเส้นทางนี้มีจุดกำเนิดจาก ventral tegmental area (VAT) ไปยังนิวเคลียส แอคคัมเบน (nucleus accumbens) เข้ามากระตุ้นที่ตัวรับโดปามีนชนิดที่ 2 (D2 receptor) ใน mesolimbic มีบทบาทความสำคัญเกี่ยวกับแรงจูงใจ ความพอใจ หากโดปามีนในเส้นทางนี้สูงเกินไปปกติ จะเกิดอาการทางบวก (positive symptoms) เช่น หลงผิด ประสาทหลอน

2) เส้นทางมีโคर्टิคอล (mesocortical pathway) โดปามีนในเส้นทางนี้มีจุดกำเนิดจาก ventral tegmental are (VAT) เข้ามากระตุ้นที่ตัวรับโดปามีนชนิดที่ 1 (D1 receptor) ที่เปลือกสมองใหญ่บางส่วน (cerebral cortex) มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการรู้คิด กระบวนการคิด (cognitive function) การเรียนรู้ การวางแผน พื้นอารมณ์ (mood) และความรู้สึก (affect) ถ้าโดปามีนต่ำจะเกิดอาการทางลบ (negative symptoms) ได้แก่ การไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึก (blunt affect) แยกตัวจากสังคม ความจำลดลง ไม่สามารถวางแผนและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น

3) เส้นทางไนโกร สเตรียตัล (nigro striatal pathway) เป็นเส้นทางของกลุ่มเซลล์ประสาทโดปามีนจาก substantia nigra ไปยัง striatum โดปามีนในเส้นทางนี้มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวที่อยู่นอกอำนาจจิตใจ ความผิดปกติของเซลล์ประสาทโดปามีนบริเวณนี้ หรือการเสียสมดุลของสารสื่อประสาทโดปามีน จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) กลุ่มที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต อาการเอ็กซ์ตราไพรามิดัล (extrapyramidal symptoms: EPS) ได้แก่ พาร์กินโซนิซึม (parkinsonism) acute dystonia, akathisia, tardive dyskinesia เป็นต้น

4) เส้นทางทูเบอร์อินฟันดิบูลาร์ (tuberoinfundibular pathway) เป็นเส้นทางของกลุ่มเซลล์ประสาทโดปามีนจาก arcuate nucleus ในไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ไปกระตุ้นตัวรับโดปามีนชนิด 2 (D2 receptors) ที่ tuberoinfundibular ในต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) หรือเรียกอีกชื่อว่า tuberohypophyseal pathway มีบทบาทในการควบคุมฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) หากสารสื่อประสาทโดปามีนต่ำลงกว่าปกติจะมีผลทำให้มีการหลั่ง prolactin มากขึ้น

การทำงานของเส้นทางโดปามีน มีความสัมพันธ์กับระดับของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (5-HT) กล่าวคือ หากซีโรโทนินมีระดับสูงขึ้น จะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นตัวรับ 5-HT_{2A} ที่เซลล์ประสาทโดปามีน ส่งผลให้ลดการหลั่งโดปามีนลงในเส้นทางทั้งสาม ยกเว้น mesolimbic pathway

มีงานวิจัยสนับสนุนความเกี่ยวข้องของสารสื่อประสาทและโรคจิตเภทว่า โดปามีนเป็นสารสื่อประสาทที่มีบทบาทสำคัญมากในโรคจิตเภท จากการใช้ positron emission tomography (PET) พบว่า โดปามีนในเส้นทางต่าง ๆ ได้แก่ mesolimbic pathway มีการทำงานมากเกินไป (hyperactivity) โดยเฉพาะในกระบวนการ presynaptic storage, release, reuptake ของ dopamine mesolimbic system ซึ่งสัมพันธ์กับอาการด้านบวก (positive symptoms) (Shrivastava, & De Sousa, 2020)

3.2 กลูตาเมต (glutamate): กลูตาเมตเป็นสารสื่อประสาทประเภทกระตุ้น (excitatory neurotransmitter) ที่พบได้มากถึงร้อยละ 80 ของ synapse ในสมอง และพบมากในอวัยวะรับสัมผัส (sensory organ) ทำหน้าที่หลักในการกระตุ้นเซลล์ประสาททุกตัวในระบบประสาทส่วนกลาง (excitatory neurotransmission) โดยกระตุ้นตัวรับประเภทกรดอะมิโนชนิด excitatory glutamate พบมากในสมองวัยผู้ใหญ่ เอนไซม์ที่ช่วยในการสังเคราะห์และทำลาย กลูตาเมต จะอยู่ในตัวเซลล์ประสาทและเซลล์ฟี่เลีย้ง (glia cell) ตัวรับกลูตาเมต (glutamate receptors) ที่สำคัญคือ N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) มีบทบาทเกี่ยวกับความจำและการเรียนรู้ มีสมมติฐานว่า hypo-function ของ NMDA receptors เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคจิตเภท โดยจะทำให้เกิดอาการด้านลบ เช่น พุดน้อยลง ความจำลดลง และการทำงานของสมองที่เป็นความสามารถด้านการบริหารจัดการ (executive functions) ต่ำลง (Shrivastava, & De Sousa, 2020)

3.3 กาบา (GABA): กาบา ผลิตจากกระบวนการดีคาร์บอกซิเลชัน (decarboxylation) ของกรดอะมิโน กลูตามิก สารตั้งต้นคือกลูโคส และ pyruvate พบกระจายอยู่ทั่วไปในสมอง โดยพบมากที่สุดบริเวณสมองส่วนกลาง และ diencephalon ทำหน้าที่เป็นสารสื่อประสาทประเภทสารยับยั้งในระบบประสาทส่วนกลาง เพื่อรักษาสมดุลในสมองที่ได้รับการกระตุ้น ทำให้สมองเกิดการผ่อนคลายและลดความกังวล ทำให้อ่อนหลับสบาย อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นต่อมไร้ท่อ ซึ่งทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโตและเกิดการสร้างเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ

กาบา เป็นสารสื่อประสาทประเภทยับยั้ง (inhibitory neurotransmitter) ในผู้ที่เป็โรคจิตเภทพบว่า มี GABA receptor up-regulation ในสมองส่วน frontal limbic นำไปสู่การทำงานลดลง (hypofunction) ของ glutamate ทำให้พบอาการด้านลบและความผิดปกติของการรู้คิด (cognitive dysfunction) เช่น การตัดสินใจ การจำ สมาริ การเรียนรู้ (Shrivastava, & De Sousa, 2020)

3.4 ซีโรโตนิน (serotonin): ซีโรโตนิน (5-HT) เป็นสารสื่อประสาทกลุ่มอินโดลลามีน (indoleamines) ที่สำคัญที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทสมองอย่างมาก มีความสัมพันธ์กับระบบต่าง ๆ ของร่างกาย สารตั้งต้นคือ ทริปโทแฟน (tryptophan) ซึ่งได้รับจากอาหาร ตัวเซลล์ประสาทซีโรโตนินส่วนใหญ่อยู่ในสมองเหนือพอนส์ (upper pons) และสมองส่วนกลาง (median and dorsal raphe nuclei) หน้าที่ของซีโรโตนินคือ การควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย การนอนหลับ อารมณ์ ความอยากอาหาร การรับรู้ความเจ็บปวด การอาเจียน การปวดศีรษะแบบไมเกรน พฤติกรรมทางเพศ ความก้าวร้าว มีบทบาทคล้าย GABA ในการทำให้เกิดความวิตกกังวล การเรียนรู้ และการจำ

สารซีโรโตนินที่หลังจากปลายประสาท presynaptic จะมีทั้งกระจายอยู่ใน synapse และเมตาโบไลต์ โดย monoamine (MAO) บางส่วนไปกระตุ้นที่ presynaptic และ postsynaptic และกลับสู่ presynaptic โดยมีโปรตีนที่ช่วยลำเลียง (presynaptic serotonin transporter: SERT) และโปรตีนนี้มีโครสร้างคล้ายกับโปรตีนที่ช่วยในการลำเลียงโดปามีน (DAT) และนอร์อิพิเนฟริน

(NET) การยับยั้งการนำซีโรโตนินกลับสู่ปลายประสาท presynaptic ทำได้โดยการยับยั้งการทำงานของโปรตีนที่ช่วยในการลำเลียงนั่นเอง

ตัวรับซีโรโตนินมี 7 ชนิด ได้แก่ 5-HT₁-5-HT₇ ตัวรับที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเภท คือ 5-HT_{2A} receptors จะยับยั้งการหลั่งโดปามีนที่เซลล์ประสาทโดปามีน ยารักษาโรคจิตกลุ่ม atypical antipsychotics ออกฤทธิ์เป็น 5-HT_{2A} antagonist หรือเป็นตัวยับยั้ง 5-HT_{2A} receptors ทำให้ลดการยับยั้งการหลั่งโดปามีน ระดับโดปามีนจึงสูงขึ้น ซึ่งช่วยให้อาการด้านลบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดีขึ้น

4. ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง

มีงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เกิดอาการครั้งแรกเปรียบเทียบกับคนปกติ พบว่ามี ventricle โตกว่าปกติ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะบริเวณ dorsolateral prefrontal cortex, thalamus, anterior cingulate cortex, frontotemporal, thalamocortical และ subcortical limbic circuits มีการฝ่อของ frontal lobe ส่วน right anterior insular ซึ่งสัมพันธ์กับอาการด้านลบ โครงสร้างของ limbic ผิดปกติโดยมีรูปร่างของ hippocampus ที่เปลี่ยนไป ซึ่งสัมพันธ์กับอาการด้านบวก การเชื่อมโยงของสมองส่วนต่าง ๆ ลดน้อยลง เส้นประสาทสมองบางพื้นที่มีการเติบโตมากซึ่งอาจเป็นผลมาจากการอักเสบ และยังมีการขยายกว้างออกไปของความผิดปกติของ white matter

นอกจากนี้ จากการชันสูตรศพในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าความหนาของสมองส่วน cortex บริเวณ dorsal prefrontal cortex ลดลง 5-10 เปอร์เซ็นต์ โดยอาจเกิดจากการลดลงของเซลล์ประสาท ซึ่งโครงสร้างของสมองที่ผิดปกติ อาจสืบเนื่องมาจากการสร้างเซลล์ประสาทผิดปกติ ซึ่งปรากฏชัดในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การอักเสบ การรับสารพิษ การติดเชื้อ ภูมิคุ้มกันตนเองไม่ทำงานอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสมอง (Sekar et al., 2016)

จากการใช้ positron emission tomography (PET) ยังพบการลดลงของการไหลเวียนของเลือดและการเผาผลาญน้ำตาลใน prefrontal cortex ซึ่งเป็นสมองส่วนที่มีบทบาทในการทำหน้าที่ขั้นสูง เช่น การวางแผน การคิดเชิงนามธรรม การปรับตัวทางสังคม และการตัดสินใจ (Dean et al., 2016)

5. สารเสพติด

สารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีน โคเคน กัญชา ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Morgan, Freeman, Powell, & Curran, 2016) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อสารเสพติดเหล่านี้เข้าไปในสมอง จะจับกับตัวนำกลับของสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine reuptake) เกิดการสกัดกั้นหรือยับยั้งการนำโดปามีนที่บริเวณรอยต่อเซลล์ประสาท (synapses) กลับเข้าสู่เซลล์ประสาท โดปามีนที่อยู่ในรอยต่อเซลล์ประสาทจึงวนกลับมากกระตุ้นโดปามีนที่บริเวณ postsynaptic dopamine receptor และเกิดขึ้นเช่นนี้ซ้ำ ๆ ตัวรับโดปามีนจึงอยู่ในสภาพ