



การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร

นางวิภาดา คณะไชย

นางวัชณี หัตถพนม

นางสุวดี ศรีวิเศษ

นางสุภาณี กิตติสารพงษ์

นางรุ่งลาวัลย์ ศรีบุญลือ

นางเอกอุมา วิเชียรทอง

และคณะ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2544

ISBN 974-296-026-7

รายงานการวิจัย การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัย

นางวิภาดา	คณะไผ่	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางวัชนี	หัตถพนม	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางสุวดี	ศรีวิเศษ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางสุภาณี	กิตติสารพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
นางรุ่งลาวัลย์	ศรีบุญลือ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
นางเอกอุมา	วิเชียรทอง	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางศิริวรรณ	ฤกษ์ชนะจร	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นายสุรียา	ราชบุตร	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นายไพรวลัย	ร่มชัย	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
น.ส.ระพีพร	แก้วคอนไทย	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นายธีรยุทธ	ยอดสง่า	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
น.ส.อัจฉรา	มั่งพานิช	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

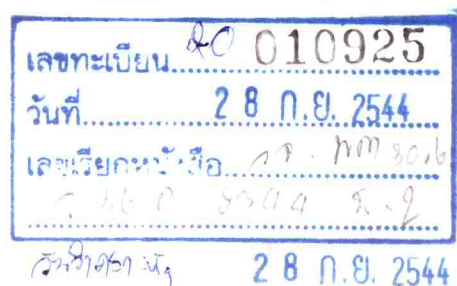
ISBN 974-296-026-7

สงวนลิขสิทธิ์

พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 15 สิงหาคม 2544

จำนวน 150 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ เลขที่ 95 ถิ่นร่มย์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 321765, 224836 โทรสาร (043) 224836



บทคัดย่อ

การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต และศึกษาการถูกล่ามโซ่กักขังผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร ทำการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสกลนคร จากผู้ป่วยโรคจิตที่อาการดีแล้ว หรือญาติผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อนบ้านที่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้) ระยะเวลาในการสำรวจ 6 เดือน ตั้งแต่ 1 กันยายน 2542 - 28 กุมภาพันธ์ 2543 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้ทำการสำรวจ คือ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลในจังหวัดสกลนคร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS / PC⁺ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย ได้ทำการสำรวจพบผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร 970 คน ซึ่งมีผลการสำรวจ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร พบว่าอยู่ในความรับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอมากที่สุดร้อยละ 69.58 รองลงมาอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 24.54 เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.88 มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 31.13 จบการศึกษาประถมศึกษาศึกษาร้อยละ 69.70 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 59.48 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 23.30
2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยมานาน 1 - 5 ปี ร้อยละ 27.53 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 19.18 ระยะเวลาป่วยต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 60 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 11.32 (S.D.9.68) เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาร้อยละ 86.29 เคยไปรักษาจากโรงพยาบาลต่าง ๆ มากกว่า 1 แห่ง ร้อยละ 30.72 รองลงมาได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นร้อยละ 21.34 การรับประทานยาของผู้ป่วยในปัจจุบัน (ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา) พบว่ายังคงรับประทานยาอยู่ร้อยละ 64.23 รองลงมาไม่ได้รับประทานยาร้อยละ 27.63 ลักษณะการรับประทานยาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รับประทานยาทุกเดือนร้อยละ 49.07 รองลงมาไม่รับประทานยาเลยร้อยละ 27.63 สาเหตุของการไม่รับประทานยาส่งส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาร้อยละ 6.70 รองลงมาไม่มีอาการ / หยุดยาเอง ร้อยละ 6.39 ไม่มีเงินค่ายาร้อยละ 4.74

อาการทางจิตของผู้ป่วยขณะทำการสำรวจพบว่า สงบร้อยละ 77.11 โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาในปัจจุบัน (ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา) ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ร้อยละ 22.41 โรงพยาบาลอื่น ๆ หมายถึง โรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลจิตเวชอื่น ๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้ร้อยละ 15.88 และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นร้อยละ 14.64 ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชร้อยละ 83.51 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลขณะอยู่ในชุมชนร้อยละ 85.77 สามารถประกอบอาชีพได้ร้อยละ 52.16 ประเภทของอาชีพ ได้แก่ เกษตรกรร้อยละ 33.61 รับจ้างร้อยละ 5.88 และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ขณะอยู่ในชุมชน ร้อยละ 89.28

3. การกล่อมโซ่ กักขังผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตถูกกล่อมโซ่ กักขังร้อยละ 4.23 (41 คน) โดยถูกกล่อมโซ่ กักขังมากที่สุดอยู่ในอำเภออากาศอำนวย 8 ราย วาริชภูมิ 6 ราย พรรณานิคม 5 ราย

สรุปจากผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นแนวทางในการคัดเลือกอำเภอที่มีปัญหาการกล่อมโซ่ กักขังมากที่สุด เพื่อคัดเลือก ร่วมดำเนินงานในโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจรต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลหลายฝ่าย ดังนี้

น.พ.อภิชัย มงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน และสนับสนุนการวิจัยด้วยดีตลอดมา

อาจารย์แก้วใจ คำสุข อาจารย์หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่ดียิ่งในการวิจัย

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และน.พ.ประเมษฐ์ กิ่งไก่อ้น นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกันจังหวัดสกลนคร ที่อนุญาตให้ดำเนินการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร และเป็นที่ปรึกษาให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานตลอดมา

นางกิตติยา จุลวัฒน์ทะกะ และนางวิจิตรา สุจริตพงษ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครที่กรุณาสนับสนุนงานสุขภาพจิตด้วยดีมาตลอด

เครือข่ายสุขภาพจิตระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณ ผู้ที่มีอุปการะคุณดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นมา ณ โอกาสนี้

นางวิภาดา คณะไชย และคณะ

15 สิงหาคม 2544

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
โรคจิต	5
การรักษาผู้ป่วยจิตเวช	19
การล้ามั่งผู้ป่วยจิตเวช	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	24
รูปแบบการวิจัย	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล	26
การวิเคราะห์ข้อมูล	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	28
การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร	28
การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร	33
การศึกษา การสำมะโน กักขัง ผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร	48
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	51
สรุปผลการวิจัย	52
อภิปรายผล	54
ข้อเสนอแนะ	59
บรรณานุกรม	61
ภาคผนวก	65
แบบสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน	66
แบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2543)	70
สถานีอนามัยที่ไม่ได้ส่งข้อมูลสำรวจผู้ป่วยโรคจิต	71

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร โดยจำแนกตามหน่วยงานที่รับผิดชอบ (n=970)	29
2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดโดยจำแนกตามอำเภอ (n=970)	29
3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร (n=970)	30
4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามเพศในแต่ละอำเภอ (n=970)	32
5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามระยะเวลาที่ป่วย การเคยรับการรักษา โรงพยาบาลที่เคยไปรับการรักษาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	34
6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามการรับประทานยาในปัจจุบัน ลักษณะการรับประทานยาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา สาเหตุของการไม่รับประทานยา	35
7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามอาการทางจิตขณะสำรวจ โรงพยาบาลที่รักษาในปัจจุบัน จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล	37
8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามมีผู้ดูแล การประกอบอาชีพ ประเภทของอาชีพ การช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย	38
9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามการเคยรับการรักษาหรือไม่ในแต่ละอำเภอ	42
10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามโรงพยาบาลที่รักษาในปัจจุบัน ของแต่ละอำเภอ	43

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามจำนวนครั้งที่เคยเข้าพักรักษา ในโรงพยาบาลของแต่ละอำเภอ	44
12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามการประกอบอาชีพของผู้ป่วย ในแต่ละอำเภอ	45
13 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามการมีผู้ดูแลในแต่ละอำเภอ	46
14 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามการดูแลช่วยเหลือตนเอง ในชีวิตประจำวันในแต่ละอำเภอ	47
15 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต ที่ถูกล่ามโซ่ กักขัง และที่อยู่อาศัย ของผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามโซ่ กักขัง	48
16 จำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามโซ่ กักขัง และร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามโซ่ กักขัง ในแต่ละอำเภอ	49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสภาวะปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และวิทยาการสมัยใหม่เพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมจากอดีต ซึ่งมีความเป็นอยู่อย่างสงบร่มเย็น เปลี่ยนมาเป็นสังคมที่แข่งขันกันและมีความวุ่นวาย ความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ความบีบรัดตัวในทางเศรษฐกิจและความถดถอยในคุณภาพชีวิตของวัฒนธรรมไทย ทำให้เกิดปัญหาสังคมในหลายๆ ด้าน เช่น ปัญหามลภาวะเป็นพิษ ปัญหาการจราจร ปัญหายาเสพติด ปัญหาครอบครัว อุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ปัญหาเหล่านี้นัยยะมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของมนุษย์ที่อยู่ในสังคมนั้นๆ ด้วย ปัญหาที่เกิดขึ้นรุมเร้าตลอดเวลา บั่นทอนกำลังกาย กำลังใจทุกขณะ ทำให้มนุษย์มีความทุกข์ มีความเดือดร้อนทางจิตใจ วิตกกังวล เศร้าใจและท้อแท้ คนเราเมื่อมีทุกข์ทางใจมากๆ จนเห็นว่าชีวิตนี้ไร้ความหมาย หมดความหวังในการแก้ปัญหา ดำเนินชีวิตไม่ได้ก็ทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น อารมณ์และจิตใจอ่อนแอแปรปรวนและอาจรุนแรงถึงขั้นมีอาการโรคจิต จากสถิติการฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิต ภาวะปัญญาอ่อน โรคซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ (ปริชา อินโท, 2538)

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานการปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า คนไทยมีสุขภาพจิตที่เลวลง มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 28.85 เป็น 45.02 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคจิตเพิ่มมากขึ้นจาก 174.45 เป็น 245.46 ต่อประชากรแสนคน ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เพิ่มขึ้นจาก 418.91 เป็น 428.92 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2536 และ พ.ศ. 2537 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และจากรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2543 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้นทุกปี และผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมาแล้ว ในปี พ.ศ. 2541-2543 พบว่ามีจำนวน 3,421 ราย 3,802 ราย และ 3,953 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2543) ซึ่งแนวโน้มของผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเป็นผู้ป่วยเรื้อรังในที่สุด ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะแก่ผู้ดูแล และครอบครัว

โรคจิต หมายถึง โรคทางจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกายหรือสาเหตุทางจิตใจ โดยมีความผิดปกติทางอารมณ์ พฤติกรรมและความคิด มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนชัดเจน อาการประสาทหลอนนั้นต้องเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุให้เห็นเด่นชัด (อภิชัย มงคล และคณะ, 2543) ซึ่งก่อให้เกิดความเสื่อมถอยในด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย เช่น การไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การไม่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ การเรียนและการปฏิบัติงานเสื่อมถอยลง (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตก่อให้เกิดความทุกข์ยากต่อชีวิตความเป็นอยู่และเศรษฐกิจ ที่ร้ายแรงกว่านี้คือ ปัญหาอาชญากรรมที่กระทำโดยผู้ป่วยจิตเวชเอง และผู้ที่มีภาระเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่นที่เป็นข่าวปรากฏอยู่ตามสื่อมวลชนต่างๆ ปรากฏการณ์เช่นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อชุมชนในลักษณะบั่นทอนความปลอดภัยในสังคม (พหล วงศาโรจน์, 2541) พฤติกรรมที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ของการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะพฤติกรรมรุนแรงซึ่งก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติมากที่สุดครอบครัวต้องเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา (Baker, 1989) ญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือ ขาดการเตรียมพร้อม ในบทบาทของผู้ดูแล แต่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านประสบกับความเครียดในการจัดการกับผู้ป่วยและผลกระทบต่างๆ ที่มีต่อครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถเผชิญภาวะวิกฤติที่บ้านได้ (Youssef, 1987) จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยทางจิตเพิ่มมากขึ้น ขณะที่โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถที่จะรองรับผู้ป่วยเหล่านี้ได้ จำเป็นต้องอาศัยครอบครัวและชุมชนให้ช่วยกันดูแล ซึ่งอาจมีปัญหามาตามคือ เมื่อผู้ป่วยบางรายกลับไปบ้านแล้วญาติไม่เข้าใจและไม่ยอมรับ ทำให้ต้องกลับมาโรงพยาบาลอีก เป็นเรื่องที่เป็นภาระของภาครัฐ โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศมีถึง 1 ล้าน 9 หมื่นคน ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มารักษาและถูกทอดทิ้งจากญาติไว้ให้อยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2,000 คน ยังไม่รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกทิ้งในหน่วยงานอื่นๆ นอกสังกัดกรมสุขภาพจิตซึ่งบางคนถูกทอดทิ้งมานานกว่า 50 ปี ซึ่งแต่ละปีกรมสุขภาพจิตใช้งบประมาณปีละไม่ต่ำกว่า 300-400 ล้านบาท ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งเหล่านี้ (http://www.thaimental.com/Weboard_news/00176.html)

ประเทศไทยในปัจจุบันมีตัวเลขรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต มีถึง 992,756 ราย ซึ่งเป็นตัวเลขที่พบได้ในระบบรายงานสาธารณสุขเป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคจิตและมารับบริการ ณ โรงพยาบาลของรัฐ (พหล วงศาโรจน์, 2541) แต่ยังมีผู้ป่วยที่มีอาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหรือมีอาการแต่ไม่ได้รับการรักษาอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยเหล่านี้หากได้รับการ ค้นหาและช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยคนที่เกี่ยวข้องในชุมชนโอกาสที่จะมีอาการดีขึ้นและลดภาระการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคจิตได้ เพราะหากมีผู้ป่วยโรคจิตไว้ในความดูแลของครอบครัวใดจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวมากมาย เช่น

การที่ผู้ป่วยซึ่งเคยเป็นผู้ประกอบอาชีพหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยอาจไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ (Fedden, et al., 1987)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดให้มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตประจำแต่ละจังหวัดในเขต 6 ขึ้น ซึ่งมีทั้งหมด 7 จังหวัดได้แก่ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ เลย สกลนคร อุดรธานี หนองคายและหนองบัวลำภู โดยให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละจังหวัดทำหน้าที่หลักในการส่งเสริม ป้องกันบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวชและประชาชนทั่วไป การดำเนินงานดังกล่าวได้นั้นต้องมีการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน เพื่อศึกษาขนาดของปัญหา อันจะนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนครนี้เป็นส่วนหนึ่งในการสำรวจหาข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลการวางแผนการดำเนินงานการปฏิบัติตามแผนงาน และประเมินผล ในโครงการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต
2. เพื่อศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต
3. เพื่อศึกษาการถูกล่ามโซ่ กักขังของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยทำการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่อาศัยในจังหวัดสกลนครในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2542 - 28 กุมภาพันธ์ 2543 ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตที่ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคจิตหรือได้รับการคัดกรองจากแบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ (2543) ผู้ที่ทำการสำรวจข้อมูลคือ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนครทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ตามแบบสำรวจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางจิตเวชและเครือข่ายด้านสุขภาพจิตระดับเขต ระดับอำเภอ และระดับตำบล ในการนำข้อมูลที่สำรวจได้ไปปรับปรุงระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิต โดยเฉพาะการให้บริการในชุมชนด้านการป้องกันการเกิดโรคจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ที่ทำวิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. โรคจิต

- 1.1 ความหมายของโรคจิต
- 1.2 ประเภทของโรคจิต
- 1.3 ระบาดวิทยาโรคจิต
- 1.4 อาการของผู้ป่วยโรคจิต
- 1.5 สาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต

2. การรักษาผู้ป่วยจิตเวช

- 2.1 วิธีการบำบัดรักษาทางกาย
- 2.2 วิธีการบำบัดด้านจิตสังคม

3. การล้ามยังผู้ป่วยจิตเวช

- 3.1 ประวัติการล้ามยังผู้ป่วยจิตเวชในต่างประเทศ
- 3.2 ประวัติการล้ามยังผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย
- 3.3 สภาพปัญหาการล้ามยังผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน

1. โรคจิต

1.1 ความหมายของโรคจิต

ความหมาย คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติ เรื่อง สุขภาพจิต (2534) ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่าเป็นโรคจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย หรือสาเหตุทางอารมณ์ โดยแสดงลักษณะของความผิดปกติทางความคิดพฤติกรรม ไม่สามารถเข้าใจสภาวะต่างๆ ตามความเป็นจริง อาจจะมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนและขาดความรู้จักตนเอง (no insight) ความผิดปกติดังกล่าวทำให้การตัดสินใจของผู้ป่วยเสียไป

ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล (2537) ได้ให้ความหมายของโรคจิต คือ เป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรงอย่างหนึ่ง ซึ่งมีสาเหตุจากจิตใจ (psychological or functional) หรือ สาเหตุจากร่างกาย (organic) และมีผลทำให้มีความผิดปกติในความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การเข้าใจสภาวะความเป็นจริงและพฤติกรรมอย่างมากจนเกิดพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำลง มีความหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination)

กรมสุขภาพจิต (2538) ได้ให้ความหมายของโรคจิต คือ โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยมักจะไม่นยอมรับว่าตนเองป่วย

ประติษฐ์ ต้นสุรัตน์ (2538) ได้ให้ความหมายโรคจิตว่า เป็นโรคผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างรุนแรงถึงขนาดควบคุมสติไม่อยู่ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม นัยน์ตาเหม่อลอย สีหน้าเฉยเมย พูดไม่รู้เรื่อง หรือไม่ยอมพูด หรือตอบคำถาม มีความซึมเศร้าและวิตกกังวลตลอดเวลา มีความรู้สึกอยากตายและพยายามฆ่าตัวตาย

เกษม ต้นติลลาชีวะ (2541) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเป็นโรคทางจิตเวชกลุ่มหนึ่ง ที่มีอาการรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติในชีวิตประจำวันเหมือนคนในสังคมทั่วไป มีลักษณะสำคัญของโรคจิต 3 อย่างคือ เสียการรับรู้ความเป็นจริง เสียการหยั่งรู้ตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม

อภิชัย มงคล และคณะ (2543) ให้ความหมายโรคจิตไว้ว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง เกิดจากสาเหตุทางร่างกายหรือสาเหตุทางจิตใจโดยมีความผิดปกติทางอารมณ์ พฤติกรรมและความคิด มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนชัดเจน อาการประสาทหลอนนั้นต้องเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุให้เห็นเด่นชัด

แคปเปลน และซาดอค (Kaplan and Sadock, 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่า เป็นการสูญเสียความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง การสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจแสดงออกให้เห็นด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน สับสน ความจำเสื่อม

ในระยะห้าสิบปีที่ผ่านมา ได้มีการให้ความหมายของโรคจิตเพิ่มขึ้น หมายถึง ภาวะที่ความสามารถทางด้านสังคม และความสามารถส่วนตัวเสื่อมเสียไปมาก แสดงออกโดยการแยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ บางท่านอาจพิจารณาจากความเสื่อมถอยของ Ego ของผู้ป่วยเป็นเงื่อนไขสำคัญในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตหรือไม่

เมื่อพิจารณาจากพจนานุกรมของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้ความหมายของโรคจิตว่า มีการเสื่อมเสียความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) คำๆ นี้อาจจะใช้บรรยายพฤติกรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง หรือ บรรยายโรคทางจิตใจบางโรคบางช่วง ในระยะที่มีการเจ็บป่วย บุคคลทุกคนที่เป็นโรคนั้นจะมีความเสื่อมทางความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) อย่างมาก

ลักษณะสำคัญของพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิต คือ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนโดยไม่มีสาเหตุชัดเจน บางครั้งเราใช้คำว่า “โรคจิต” กับพฤติกรรมที่ไม่เป็นเรื่องเป็นราวมากๆ เนื่องจากมีเหตุผลอันสมควรจะอนุมานว่าบุคคลนั้นเสื่อมความสามารถในการทดสอบความเป็นจริง (reality testing) อย่างแน่นอน ตัวอย่างเช่น การพูดจาเรื่อยเปื่อยไม่ได้เรื่องราวโดยผู้พูดไม่ตระหนักกว่าที่ตนพูดไปนั้น คนอื่นไม่เข้าใจในสิ่งที่ตนพูด หรือการที่บุคคลมีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย ไม่สนใจอะไร สูญเสียในเรื่องกาลเวลา สถานที่ บุคคลที่พบในโรค alcoholic intoxication delirium

ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคและสถิติของโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ในปี ค.ศ. 1994 (DSM-IV) โรคจิตประกอบไปด้วยโรคต่างๆ เหล่านี้คือ Pervasive developmental disorder, Schizophrenia, Schizophreniform disorder, Schizo-affective disorder, Delusional disorder, Brief psychotic disorder, Shared psychotic disorder, Psychotic disorder due to a general medical condition, Substance-induced psychotic disorder, Psychotic disorder not otherwise specified และโรคทางอารมณ์ที่รุนแรงบางโรคที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วย

ในภาคผนวก 4 (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Glossary of Technical Terms) ในคู่มือการวินิจฉัยโรคและสถิติของโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (DSM-IV) ให้คำจำกัดความของ “โรคจิต” อย่างสั้นๆ ว่า “เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนชัดเจน โดยที่อาการประสาทหลอนนั้นต้องเกิดขึ้นมาโดยไม่มีสาเหตุให้เห็นชัดเจน”

นอกจากนี้ มิเชล และคณะ (Michael, D.J., et al., 1997) ได้ให้ความหมายของโรคจิต (Psychosis) หมายถึง การขาดการรับรู้ความเป็นจริงซึ่งมีอาการเกี่ยวข้องกับประสาทหลอน หลงผิด ความคิดแตกแยก การมีพฤติกรรมแปลกๆ หรือมีอาการ catatonia

สรุป

โรคจิต หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ พฤติกรรมและความคิด ขาดการรับรู้ความเป็นจริง มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนชัดเจน อาการประสาทหลอนนั้นต้องเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุให้เห็นเด่นชัด

1.2 ประเภทของโรคจิต

ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล (2537) ได้แบ่งประเภทของโรคจิตออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.2.1 โรคจิตที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychological or functional Psychosis)

หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะ หรือระบบอวัยวะ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง (no changes in structure) ของอวัยวะดังกล่าว พอจะอนุมานได้ว่าเป็นโรคจิตที่มีสาเหตุจากจิตใจ เช่น โรคจิตเภท

1.2.2 โรคจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย (Organic psychosis)

หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง (structural changes or alterations) ของอวัยวะหรือระบบอวัยวะในร่างกายทำให้เกิดอาการทางจิต โดยทั่วไปเมื่อรักษาโรคทางกายหาย อาการทางจิตจะหายไป เช่น เนื้องอกในสมอง สมองอักเสบ ภาวะเป็นพิษจากสารหรือยาบางอย่าง ไตวาย คอพอกเป็นพิษ

เนื่องจากโรคจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย มักจะรักษาหายได้ถ้าสามารถหาสาเหตุของโรคทางกายที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการทางจิตเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าสามารถควบคุมเบาหวานได้อาการทางจิตก็จะหายไป หรือในรายที่มีอาการทางจิตเนื่องจากเนื้องอกในสมอง เมื่อผ่าตัดเอาเนื้องอกออกอาการทางจิตจะดีขึ้น นอกจากนี้โรคจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย ถ้าไม่รักษาโรคทางกายรักษาแต่อาการทางจิตจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้เช่นผู้ป่วยโรคจิตที่มีสาเหตุจากมะเร็งในสมอง จากคอพอกเป็นพิษ พิษจากสารเสพติดหรือยา เช่น สุรา เฮโรอีน ฉะนั้นเมื่อพบผู้ป่วยโรคจิตทุกรายจึงต้องแยกผู้ป่วยโรคจิตที่มีสาเหตุจากทางร่างกายออกจากโรคจิตที่มีสาเหตุทางจิต

ลักษณะต่อไปนี้ ให้สงสัยว่าอาจเป็นโรคจิตที่มีสาเหตุจากทางร่างกาย

1. เกิดขึ้นเฉียบพลัน (Acute onset) โดยเฉพาะถ้าไม่พบสาเหตุความกดดันทางจิตใจ
2. เป็นครั้งแรก (First episode)
3. ในคนสูงอายุ
4. ประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือได้รับอุบัติเหตุ (Current medical illness or injury)
5. มีประวัติใช้สารเสพติดหรือยา
6. มีอาการทางระบบประสาท (Neurologic symptoms) เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง (Loss of consciousness) ชัก อุบัติเหตุทางสมอง มีอาการเปลี่ยนแปลงของการปวดศีรษะ มีการเปลี่ยนแปลงของการมองเห็น
7. ตรวจสภาพจิต
 - ระดับความรู้สึกตัวลดลง
 - เสียการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล (disorientation)
 - ผิดปกติเกี่ยวกับความจำมักจะเริ่มเสียความจำใหม่ก่อน เมื่อพยาธิสภาพรุนแรงขึ้นความจำเก่าจะเสียไปด้วย
 - ผิดปกติเกี่ยวกับสมาธิและความตั้งใจ (concentration and attention)
 - ผิดปกติเกี่ยวกับการคำนวณ
 - คิดเป็นแบบแคบๆ เจาะจงเอาเฉพาะบางลักษณะ (concrete thinking)
8. การตรวจสภาพจิตอื่นๆ
 - อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
 - ประสาทหลอน มักเห็นภาพหลอนหรือรู้สึกเหมือนมีแมลงมาไต่โดยไม่มีหูแว่ว
9. Constructional apraxia เช่น ไม่สามารถวาดหน้าปัดนาฬิกาสี่เหลี่ยมลูกบาศก์

จากลักษณะต่างๆ นี้พอจะช่วยให้สามารถแยกโรคจิตจากทางร่างกายได้ แต่อย่างไรก็ตามโรคจิตจากจิตใจอาจมีลักษณะดังกล่าวได้

1.3 ระบาดวิทยาโรคจิต

เนื่องจากโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคจิตชนิดหนึ่ง ที่มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นจำนวนมาก จนเกือบใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาระบาดวิทยาโรคจิตเภทร่วมด้วยซึ่งอาจเป็นตัวแทนของระบาดวิทยาโรคจิตได้ ประกอบด้วย

1.3.1 ความชุกของโรคจิต

สมภพ เรืองตระกูล (2533) ได้กล่าวถึงความชุกของโรคจิตเภท โดยทั่วไปมีประมาณร้อยละ 1 ของประชากร

วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์ และคณะ (2536) ได้กล่าวถึง ความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภท มีประมาณร้อยละ 1

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้ป่วยโรคจิต ร้อยละ 1 ของประชากร (กรมการแพทย์, 2537)

อภิชัย มงคลและคณะ (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคจิต เท่ากับร้อยละ 1.2

1.3.2 เพศและอายุ

เกษม ตันติผลาชีวะ (2536) ได้กล่าวถึงระบาดวิทยา โรคจิตเภทโดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมีอายุสูงสุดอยู่ในช่วง 15 - 34 ปี

วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์ และคณะ (2536) ได้กล่าวถึงระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทว่า สัดส่วนเพศชายเท่ากับเพศหญิง อายุที่เริ่มแสดงอาการครั้งแรกจะพบระหว่างอายุ 15-35 ปี (50% เกิดก่อนอายุ 25 ปี) ก่อนอายุ 10 ปี และหลัง 40 ปีพบได้น้อยมาก

อภิชัย มงคลและคณะ (2543) ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการใช้แบบคัดกรองโรคจิตพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตที่สำรวจได้ เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.4 เพศชายร้อยละ 48.6 มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 26.4 35-44 ปี และ 45-54 ปี มีจำนวนเท่าๆ กัน ถึงร้อยละ 21.6

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้รายงานระบาดวิทยาของผู้ป่วยจิตเภทว่า มีความชุกของผู้ป่วยในผู้หญิงและผู้ชายมีจำนวนเท่าๆ กัน แต่จะแตกต่างกันในอายุที่เริ่มเป็นโรคโดย Onset ของผู้ชายจะเกิดอาการก่อนผู้หญิง เพศชายอยู่ในช่วงอายุ 15-25 ปี เพศหญิงอยู่ในช่วงอายุ 25-35 ปี พบน้อยมากที่จะเริ่มมีอาการก่อนอายุ 10 ปี และหลังจากอายุ 50 ปี (Kaplan and Sadock, 1997)

13.3 สถานภาพสมรส

Karno และ Norquist (1995) ได้รายงานถึงความชุกของโรคจิตเภทจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกของโรค (Lifetime) ในกลุ่มหย่าร้าง แยกกันอยู่มากที่สุดร้อยละ 2.9 รองลงมา โสดร้อยละ 2.1 คู่ร้อยละ 1.0 หม้ายร้อยละ 0.7

Kaplan และ Sadock (1997) ได้กล่าวถึงความชุกของโรคจิตเภท เมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรสพบว่า แยกกันอยู่ หย่า ร้าง มีอัตราความชุกของโรคสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

1.3.4 ระดับเศรษฐกิจและสังคม

สมภพ เรืองตระกูล และคณะ (2533) รายงานว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีฐานะยากจน หรือการศึกษาน้อย

วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ (2536) กล่าวถึงความชุกของโรคจิตเภทจะสูงในชนชั้นที่มีเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

Karno และ Norquist (1995) ได้กล่าวถึงสังคมและเศรษฐกิจมีความเกี่ยวข้องกับบางประการในเรื่อง รายได้ อาชีพ การศึกษาและสถานที่อยู่อาศัย จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่า โรคจิตเภทพบมากในสังคมและเศรษฐกิจที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับสังคมและเศรษฐกิจที่สูงกว่าจะพบน้อยกว่า โดยมีเหตุผลอธิบายว่า การที่อยู่ในสังคมเศรษฐกิจต่ำทำให้เป็นโรคจิตเภท (Social causation theory) ในทางตรงกันข้าม มีเหตุผลหนึ่งอธิบายว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้คนๆ นั้นต้องสูญเสียรายได้ หน้าที่การงานอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค จึงทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ มีรายได้ลดลง ยากจนลง จึงกลายเป็นผู้ที่อยู่ในสังคมเศรษฐกิจต่ำ (Social selection or drift theory)

1.3.5 ภูมิลาเนาของผู้ป่วยโรคจิต

สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง (2538) ได้รายงานว่าการเกิดโรคจิตจากสาเหตุทางจิตใจในชนบทและในเมืองยังไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน

Karno และ Norquist (1995) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภูมิลำเนาอยู่ในเมืองมากกว่าในชนบท เนื่องจากเชื่อว่าชุมชนเมืองเป็นสถานที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีลักษณะทางสังคมแตกต่างในขณะที่ชุมชนชนบทยังคงมีความผูกพัน ยึดเหนี่ยวทางสังคมมากกว่าและประชาชนในชนบทมีความสัมพันธ์เชิงสังคมมากกว่าชุมชนเมือง

1.4 อาการของผู้ป่วยโรคจิต

ศักดิ์ดา กาญจนาวโรจน์กุล (2537) ได้สรุปลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตโดยมีอาการดังนี้

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ

ผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพและท่าทางเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและตัวเองเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งอาจจะเป็นในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง เช่น แยกตัวเอง ไม่พูดกับใคร ยิ้ม หัวเราะ หรือพูดคนเดียว แต่งตัวสกปรก หรือใส่เสื้อผ้าแบบแปลกๆ ซึ่งไม่เหมาะสมกับกาลเทศะหรือความนิยมของสังคม อาจย่นยันแข็งมากผิดปกติ พูดมากขึ้น อะละอะอะละวา เดินไปเดินมา ไม่ยอมหลับนอน

ลักษณะของอารมณ์จะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ไม่ยินดียินร้าย เฉยเมย ไร้ความรู้สึก หรืออาจมีลักษณะเศร้ามาก ตื่นเต้นมาก หรือเป็นสุขมาก

1.4.2 ไม่สามารถเข้าใจสภาวะต่างๆ ตามความเป็นจริง (Out of reality)

โดยจะแสดงออกเป็นอาการหลงผิด (delusions) เช่น คิดว่าตนเองเป็นคนใหญ่คนโต เป็นมหาเศรษฐี มีอำนาจพิเศษ หวาดระแวงคนจะมาฆ่ามาทำร้าย ในบางเวลาอาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาขู่ฆ่า มานินทา หรือติดื่อนการกระทำ เห็นภาพหลอนหรือรู้สึกว่ามีมดมีแมลงมาไต่ตามตัว ได้กลืนแปลกๆ

1.4.3 ขาดความรู้จักตนเอง (no insight)

ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับตนเองป่วยและปฏิเสธการรักษา ส่วนมากญาติหรือคนใกล้ชิดจะเป็นคนพามา

อาการของโรคจิต

(กรมสุขภาพจิต, 2538) โดยทั่วไปพบความผิดปกติในด้านต่างๆ คือ

1. ความผิดปกติด้านความคิด

เช่น หลงผิด คิดว่าตนเองเป็นใหญ่เป็นโต เป็นผู้วิเศษ ระแวงว่ามีคนปองร้าย

2. ความผิดปกติด้านอารมณ์

เช่น หัวเราะ ร้องไห้โดยไม่สมเหตุสมผล หรือเฉยเมยไม่สนใจใคร

3. ความผิดปกติด้านการแสดงออก

เช่น ไม่สนใจตัวเองปล่อยให้เนื้อตัวสกปรก คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายคน ทำลายของ พูดคนเดียว อยู่นิ่งไม่ได้ ไม่นอน รุนวายเป็นรบกวนคนอื่น

4. ความผิดปกติด้านการรับรู้

เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคน สัตว์ หรือเสียงแปลกๆ โดยไม่มีตัวตน เห็นภาพหลอนเป็นคน สัตว์ ผี ฯลฯ

แนนซี และ โดแนลด์ (Nancy C.A. and Donald B.E., 1991) ได้แบ่งอาการโรคจิตออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms)

อาการทางบวก ประกอบไปด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาดมาก (bizarre behavior) ความคิดผิดปกติชัดเจน และอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล (inappropriate affect) ซึ่งสองอาการแรกประเมินโดยการสอบถามและอาการหลัง ๆ ประเมินโดยเฝ้าดูพฤติกรรมผู้ป่วย

อาการทางลบ พบได้บ่อยในโรคจิตแต่อาจจะเกิดในการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคจิตก็ได้ เช่น โรคอารมณ์เศร้า อาการต่างๆ ประกอบไปด้วย ความคิดว่างเปล่า (alogia) อารมณ์ทื่อ (affective blunting) ขาดพลังและแรงบันดาลใจ (avolition-apathy) ไร้อารมณ์สุข แยกตัวเองออกจากสังคม (anhedonia/asociality) เสื่อมความสามารถในการตั้งใจในสิ่งต่างๆ (attentional impairment)

อาการของโรคจิตประกอบด้วยอาการต่างๆ อีกหลายประการ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารตำราทางวิชาการทั้งภาษาไทย (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2533. ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร, 2534. สุพัฒน์นา เดชาตึงค์ ณ อยุธยา, 2535. วิวัฒน์ ยถาภูฐานนท์ และคณะ, 2536. เกษม ดันติผลาชีวะ, 2541.) และจากตำราของต่างประเทศ (Nancy C.A. and Donald W.B., 1991. WHO, 1992. Kaplan and Sadock, 1995.) ซึ่งสามารถรวบรวมอาการของผู้ป่วยโรคจิตที่พบได้บ่อยๆ ดังต่อไปนี้

1. อาการหลงผิด

อาการหลงผิดแสดงถึงการมีความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด มีความเชื่อผิดๆ ในความคิดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าอาการหลงผิดคือความเชื่อผิดๆ ที่ฝังแน่นแต่ในรูปแบบที่ไม่รุนแรง อาการหลงผิดอาจจะมีอยู่ต่อไปเพียงสองหรือสามสัปดาห์ถึงสองหรือสามเดือน และตัวผู้ป่วยอาจจะสงสัยในความเชื่อนั้นๆ ของตน อาจจะไม่เชื่อสนิทใจ

พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจจะได้รับอิทธิพลจากอาการหลงผิดของตนหรือไม่ก็ได้ การประเมินความรุนแรงและความกว้างขวางของอาการหลงผิดของแต่ละราย ต้องพิจารณาถึงความสม่ำเสมอ ความซับซ้อน ปฏิกริยาที่ผู้ป่วยตอบสนองกับการหลงผิด ระดับความสงสัยของผู้ป่วยที่มีต่อความหลงผิดและขนาดของความเบี่ยงเบนของความเชื่อที่แตกต่างออกไปจากคนธรรมดา อาการหลงผิดที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยโรคจิต ได้แก่

1.1 หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล คนที่มีความคิดหลงผิดอาจจะหวาดระแวงว่าคนอื่นจะปองร้าย เชื่อว่าตนถูกปองร้าย ถูกวางแผนทำร้าย เล่นงานด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง อาการที่พบบ่อยๆ คือ เชื่อว่าตนถูกติดตาม จดหมายของตนถูกลอบเปิดอ่าน ห้องหรือที่ทำงานของตนถูกจัดแะ โทรศัพท์ถูกแอบฟัง เจ้าหน้าที่บ้านเมือง ตำรวจ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานกำลังคุกคามตน อาการหลงผิดคิดว่าคนปองร้ายบางครั้งจะเป็นเรื่องๆ เดียวหรือไม่ต่อเนื่องกับเรื่องอื่น แต่บางครั้งจะมีการหลงผิดเป็นระบบและกว้างขวางและเชื่อมั่นว่ามีการวางแผนร้ายที่แนบเนียนเป็นระบบอยู่เบื้องหลัง ยกตัวอย่างเช่น บ้านของเขาถูกเจาะแอบดู เขาถูกติดตามด้วยเจ้าหน้าที่รัฐบาลที่เขาใจผิดว่าเขาเป็นสายลับของรัฐบาลต่างประเทศ อาการหลงผิดชนิดนี้อาจจะซับซ้อนมากจนอธิบายได้เกือบทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับตัวเขา

ตัวอย่างของคำถามที่ใช้ถามเช่น : คุณมีปัญหาในการคบกับคนอื่น ๆ หรือไม่ ? คุณมีความรู้สึกว่าเป็นคนอื่น ๆ ต่อต้านคุณอยู่หรือไม่ ? มีคนพยายามทำร้ายคุณด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือไม่ ? คิดว่ามีคนวางแผนปองร้ายคุณหรือไม่ ?

1.2 หลงผิดคิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีอำนาจหรือความสามารถพิเศษ อาจจะคิดว่าจริงๆ แล้วตนเองเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง เป็นดาราดัง เป็นวีระบุรุษ หรือเป็นพระเจ้า อาจจะเชื่อว่าตนเองกำลังเขียนหนังสือที่มีความสำคัญมาก กำลังแต่งเพลงคลาสสิกที่ยิ่งใหญ่ หรือกำลังคิดสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยอดเยี่ยม ผู้ป่วยมักจะสงสัยว่าอาจจะมีคนพยายามขโมยความคิดของเขาไป และถ้าใครเกิดสงสัยความสามารถของเขาๆ จะหงุดหงิดมาก

ตัวอย่างคำถามที่อาจใช้ถามเช่น : คุณมีอำนาจพิเศษ ความสามารถพิเศษอะไรบ้าง? คุณมีความรู้สึกว่าคุณกำลังจะประสบความสำเร็จอันยิ่งใหญ่เร็วๆ นี้หรือไม่?

2. ประสาทหลอน

ประสาทหลอนแสดงถึงประสาทสัมผัสที่ผิดพลาด มีการสัมผัสที่ผิดเกิดขึ้นมา โดยไม่มีสิ่งเร้าจากภายนอก อาจจะเกิดอาการกับเส้นประสาทสัมผัสได้หลายอย่างทั้งทางหู ตา จมูก ลิ้น และการสัมผัส จะต้องแยกประสาทหลอนที่แท้จริงออกจากประสาทหลง (illusion) ซึ่งหมายถึงการมีสิ่งเร้าจากภายนอกจริงๆ แต่บุคคลแปลความหมายและรายงานผิดไป ต้องแยกออกจากประสาทหลอนเคลิ้มๆ ในตอนกำลังจะหลับ หรือ

กำลังจะตื่นซึ่งไม่ใช่อาการของโรคจิต และต้องแยกออกจากกระบวนการความคิดที่ผิดปกติ ซึ่งบางครั้งอาจจะมีความแจ่มชัดเป็นพิเศษ ถ้าประสาทหลอนมีเนื้อหาเกี่ยวกับศาสนาจะต้องพิจารณาตามเนื้อหาว่าจะอะไร คือ สิ่งปกติในสังคมและวัฒนธรรมภูมิหลังของบุคคลนั้นด้วย จะต้องให้ผู้ป่วยอธิบายถึงอาการประสาทหลอนนั้นอย่างละเอียด คำว่าประสาทหลอนเทียมหมายถึง อาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง แต่ไม่มีรายละเอียดของการสัมผัสอย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยพูดว่าเขาเห็นภาพที่ไม่มีอยู่จริง แต่ไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนว่าภาพนั้นมีรายละเอียดเป็นอย่างไร ทำอะไร ประสาทหลอนที่พบได้บ่อยๆ ในผู้ป่วยโรคจิต ได้แก่

2.1 **ประสาทหลอนทางหู** ได้แก่ อาการหูแว่ว เช่น ผู้ป่วยเล่าว่าได้ยินเสียงหรือเสียงพูด อาการหูแว่วที่พบได้บ่อยที่สุดจะมาในรูปของการได้ยินเสียงหลายเสียงมาพูดกับตนหรือเรียกชื่อตนเสียงนั้นอาจจะ เป็นเสียงผู้ชาย ผู้หญิง คู่คนเคย หรือไม่คู่คนเคย วิพากษ์วิจารณ์ ตีเตือน ชมเชย

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตชนิดจิตเภท มักจะได้ยินเสียงหูแว่วที่ฟังแล้วไม่สบายใจ เป็นไปในทางลบ หูแว่วอื่นๆ ที่เป็นเสียงอื่นนอกจากเสียงพูดแปลกๆ เช่น เป็นเสียงเพลง ถือว่าเป็นหูแว่วที่ไม่ชัดเจน และมักจะไม่รุนแรง

คำถามที่อาจจะถามผู้ป่วย : คุณได้ยินเสียงคนพูดหรือซุบซิบอยู่ข้างๆ หูโดยไม่มีตัวตนพูดหรือไม่? เขาพูดกันว่าอย่างไร ?

หูแว่วเสียงวิพากษ์วิจารณ์ ในอาการประสาทหลอนแบบนี้ ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงแว่ววิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดต่างๆ ของผู้ป่วยอยู่เรื่อยๆ

คำถามที่อาจจะถามผู้ป่วย : คุณได้ยินเสียงแว่ววิพากษ์วิจารณ์ความคิดของคุณ หรือการกระทำของคุณหรือไม่? เขาพูดว่าอย่างไร?

หูแว่วคุยกัน ในอาการประสาทหลอนแบบนี้มักจะมีเสียงคนสองคนหรือมากกว่านั้นพูดคุยกัน ซึ่งโดยมากมักจะวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย

คำถามที่อาจจะถามผู้ป่วย : คุณได้ยินเสียงแว่วเป็นเสียงคนสองคนหรือหลายคนคุยกันหรือไม่? เขาพูดกันว่าอย่างไร?

2.2 **ประสาทหลอนทางตา** ได้แก่ การเห็นภาพหลอน ผู้ป่วยเห็นรูปร่างหรือคนที่ไม่มีอยู่จริง ตรงนั้น บางครั้งอาจจะเห็นสิ่งของหรือสี โดยมากที่ชัดเจนมักจะเป็นรูปคนหรือสิ่งคล้ายกันอาจเป็นเนื้อเรื่องเกี่ยวกับศาสนาหรือภูติผีปีศาจ และเช่นเดียวกับหูแว่ว ถ้าภาพหลอนนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับศาสนา จะต้องพิจารณาตามเนื้อหาว่าจะอะไรปกติอะไรไม่ปกติในสังคม และวัฒนธรรมภูมิหลังของบุคคลนั้นด้วย

คำถามที่อาจจะถามผู้ป่วย : คุณเห็นภาพหรือสิ่งของที่คนอื่นไม่เห็นหรือไม่? คุณเห็นอะไร? ภาพหลอนนี้เกิดตอนกำลังจะหลับหรือกำลังจะตื่นหรือไม่?

3. พฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ปกติ แปลกประหลาด ข้อมูลเกี่ยวกับอาการนี้บางครั้งได้มาจากผู้ป่วย บางครั้งได้มาจากแหล่งอื่น บางครั้งได้มาจากการเฝ้าดูพฤติกรรมของผู้ป่วย พฤติกรรมแปลกประหลาดที่เกิดขึ้น ต่อเนื่องกับการเมาสุรา เมายาไม่ถึงว่าเป็นอาการของโรคจิต จะต้องคำนึงมาตรฐานของสังคม และวัฒนธรรม ในการพิจารณาว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมแปลกประหลาดหรือไม่ควรจะต้องบันทึกตัวอย่างและรายละเอียด ของพฤติกรรมแปลกประหลาดอันนั้นไว้ให้ชัดเจนด้วยพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไปที่พบบ่อยๆ ได้แก่

3.1 แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม ผู้ป่วยแต่งตัวประหลาดหรือทำสิ่งที่ไม่เหมือนปกติทั่วไปในการแต่งกาย เช่น อาจจะมีผมทั้งศีรษะ เอาสีป้ายบางส่วนของร่างกาย เสื้อผ้าที่ใช้แต่งกายแปลกไปจากปกติเกินกว่าที่จะยอมรับได้ เช่น แต่งกายเหมือนลิงและสวมหมวกเหมือนทหาร อาจจะมีแต่งตัวเลียนแบบบุคคลสำคัญในประวัติศาสตร์ หรือแต่งตัวเป็นมนุษย์ต่างดาว เสื้อผ้าที่สวมใส่อาจจะไม่เหมาะสมกับภูมิอากาศ เช่น ขณะที่อากาศร้อนจัดแต่ใส่เสื้อกันหนาวตัวใหญ่หนา

คำถามที่อาจจะถามผู้ป่วย : มีใครวิพากษ์วิจารณ์การแต่งกายของคุณบ้างหรือไม่?

3.2 อนามัยและความสะอาดเรียบร้อยของการแต่งกาย ผู้ป่วยไม่สนใจกับความสะอาดเรียบร้อยของการแต่งกายและความสะอาดของตนเองอย่างที่ควรจะเป็น เสื้อผ้าที่ใส่อาจจะเก่าคร่ำคร่า ยับยู่ยี่สกปรก ขาดวิน เปราะเปื้อนมาก ผู้ป่วยไม่ค่อยอาบน้ำ ไม่สนใจความสะอาด ผม เล็บ หรือฟัน ทำให้ดูสกปรกมอมแมม ผมเผ้ายุ่งเหยิง กลิ่นตัวแรง ลมหายใจ กลิ่นปากเหม็น ในรายที่เป็นมากอาจจะมีร่องรอยอุจจาระ ปัสสาวะ เลอะเทอะเปื้อนให้เห็นด้วย

3.3 พฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว กระวนกระวาย วุ่นวาย กระสับกระส่าย การคาดคะเนการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทำได้ยาก อาจจะเริ่มด้วยการพูดจาโต้แย้งกับเพื่อน หรือสมาชิกภายในครอบครัวอย่างไม่เหมาะสม อาจจะชวนคนแปลกหน้าพูดคุยด้วยและตามด้วยการโต้เถียงเสียงดังกับคนแปลกหน้าอย่างรุนแรง อาจจะเขียนจดหมายข่มขู่เจ้าหน้าที่รัฐบาลหรือบุคคลที่เขาทะเลาะมีปากเสียงด้วย บางครั้งผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมใช้ความรุนแรง ทรมาณสัตว์ หรือพยายามทำร้ายร่างกายผู้อื่นหรือฆ่าคน

คำถามที่อาจจะถามผู้ป่วย : คุณหงุดหงิดและโกรธคนอื่นบ่อยๆ ในระยะนี้หรือไม่? คุณระบายหรือแสดงความโกรธของคุณอย่างไร ? คุณได้พยายามทำร้ายสัตว์หรือคนอื่น ๆ หรือไม่?

3.4 แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ผู้ป่วยมักจะจำกัดความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น เพื่อนไว้ห่างๆ ไม่ให้ใกล้ชิดกับตนมากนัก ผู้ป่วยอาจจะมีเพื่อนน้อยมากหรือไม่มีเพื่อนเลย ผู้ป่วยจะไม่พยายามสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัวเองจากสังคม อยู่คนเดียวไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ในขณะที่ร่วมทำกิจกรรมของสังคมผู้ป่วยมักจะไม่ให้ความสนใจขณะคุยกับผู้อื่นจะหันหน้าไปทางอื่น ไม่จับประเด็นว่าคนในวงสนทนาที่ตนร่วมด้วยกำลังพูดเรื่องอะไร ดูไม่สนใจและแยกตัวเอง อาจจะหยุดพูดคุยสนทนาไปเฉยๆ และเดินจากไปเลย

คำถามที่อาจจะถามผู้ป่วย : คุณมีเพื่อนมากไหม? คุณสนิทกับเพื่อนมากไหม? คุณพบปะกับเพื่อนบ่อยไหม? เวลาพบปะกับเพื่อนฝูงพวกคุณทำอะไรกัน? คุณรู้จักผู้ป่วยคนอื่นในโรงพยาบาลหรือไม่?

4. พูดเพื่อใจคนเดียว

ในผู้ป่วยที่มีความคิดผิดปกติหลายราย จะช่างพูดช่างจ่าจรรจาบ่อยครั้งที่สื่อสารกันไม่ค่อยเข้าใจ ผู้ป่วยมักจะพูดกระโดดข้ามไปข้ามมา จากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง จับแนวทางไม่ค่อยได้ การพูดอาจจะแกว่งไปตามสภาพแวดล้อมตัวเขา อาจจะพูดต่อเนื่องกันไปเนื่องจากเป็นคำพ้องคำเหมือนๆ กัน ซึ่งฟังไม่เป็นเรื่องเป็นราว ไม่สนใจว่าคนอื่นถามอะไร บางครั้งตอบคำถามที่ไม่มีผู้ถาม เป็นลักษณะพูดเพื่อใจไปเรื่อยเปื่อย การพูดจะต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว บางทีก็ขาดช่วงไม่ต่อเนื่องกัน บางทีแต่ละประโยคไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้หลายคนมีประสาทหลอน หูแว่วว่ามีคนพูดคุยกด้วย บางครั้งจึงมีการโต้ตอบกันไปด้วย เป็นการโต้ตอบกับเสียงแว่ว ผู้ป่วยบางรายมีแรงผลักดันภายในให้พูดอย่างมาก อาจจะพูดโดยไม่ได้มีการกระตุ้นจากสังคมสิ่งรอบข้าง อาจจะพูดคนเดียวโดยไม่มีใครฟังอยู่เลยก็ตาม จึงดูเหมือนผู้ป่วยพูดเพื่อใจคนเดียวเป็นระยะๆ

ในการประเมินผู้ป่วยประเภทนี้ เราจะปล่อยให้ผู้ป่วยพูดไปเรื่อย ๆ โดยไม่ขัดขวางการพูดของผู้ป่วย และให้เวลาพูดนานประมาณ 5 นาที

จากการทบทวนเอกสารและตำราทางวิชาการเกี่ยวกับอาการของโรคจิต พอจะสรุปอาการของโรคจิตที่พบได้บ่อยๆ ได้แก่

1. พูดเพื่อใจคนเดียว
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม
3. ก้าวร้าวรุนแรงทำร้ายผู้อื่น
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล

6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา
7. หูแว่ว เห็นภาพหลอน
8. มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

1.5 สาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต

ศักดา กาญจนวิโรจน์กุล (2537) ได้แบ่งโรคจิตเกิดจากสาเหตุ 2 กลุ่ม ดังนี้

1. โรคจิตที่มีสาเหตุจากจิตใจ (Psychological or Functional psychosis)

หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะหรือระบบอวัยวะ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง (no changes in structure) ของอวัยวะดังกล่าว พอจะอนุมานได้ว่าเป็นโรคจิตที่มีสาเหตุจากจิตใจ เช่น โรคจิตเภท

2. โรคจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย (Organic psychosis)

หมายถึง โรคจิตที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง (structural changes or alterations) ของอวัยวะหรือระบบอวัยวะในร่างกายทำให้มีอาการทางจิต โดยทั่วไปเมื่อรักษาโรคทางกายหาย อาการทางจิตจะหายไป เช่น เนื้องอกในสมอง สมองอักเสบ ภาวะเป็นพิษจากสารหรือยาบางอย่าง ไตวาย คอพอกเป็นพิษ

เนื่องจากโรคจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย มักจะรักษาหายได้ถ้าสามารถหาสาเหตุของโรคทางกายที่ทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการทางจิตเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าสามารถควบคุมเบาหวานได้ อาการทางจิตก็จะหายไป หรือในรายที่มีอาการทางจิตเนื่องจากเนื้องอกในสมองเมื่อผ่าตัดเอาเนื้องอกออก อาการทางจิตจะดีขึ้น นอกจากนี้โรคจิตที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกาย ถ้าไม่รักษาโรคทางกายรักษาแต่อาการทางจิตจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือพิการได้ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตที่มีสาเหตุจากมะเร็งในสมอง จากคอพอกเป็นพิษ พิษจากสารเสพติดหรือยา เช่น สุรา เฮโรอีน ฉะนั้นเมื่อพบผู้ป่วยโรคจิตทุกรายจึงต้องแยกผู้ป่วยโรคจิตที่มีสาเหตุจากทางร่างกายออกจากโรคจิตที่มีสาเหตุทางจิตใจ

กรมสุขภาพจิต (2538) และเกษม ดันติผลาชีวะ (2541) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการป่วยด้วยโรคจิตเกิดจากสาเหตุดังนี้

1. สาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดอาการโรคจิต ได้แก่

1.1 สาเหตุทั่วไป

- 1.1.1 อายุ พบน้อยในวัยเด็ก วัยหนุ่มสาวจะพบโรคจิตมากขึ้น วัยต่ออายุ ระหว่าง 45-50 ปี จะพบเป็นโรคจิตสูง
- 1.1.2 เพศ โรคจิตบางชนิดพบในเพศหญิงมาก เช่น โรคจิตในวัยต่อและโรคจิตในวัยสูงอายุ ส่วนโรคจิตที่เกิดจากพิษสุราเรื้อรัง พบในเพศชายมาก
- 1.1.3 อาชีพ อาชีพบางชนิดทำให้เกิดโรคจิตบางประเภทได้ง่าย เช่น พวกทำงานตามบาร์ มีโอกาสติดสุราได้ง่าย และกลายเป็นโรคจิตได้ พวกทำงานตามโรงงานที่มีสารปรอท ตะกั่ว มีโอกาสได้รับพิษ เป็นโรคจิตได้

1.2 สาเหตุเฉพาะบุคคล

- 1.2.1 กรรมพันธุ์ (heredity) พบว่ามีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ พ่อแม่เป็นโรคจิต ลูกมีโอกาสเป็นโรคจิต ได้มากกว่าคนที่ไม่มียีนพ่อแม่ เป็นโรคจิต
- 1.2.2 รูปร่าง รูปร่างบางอย่างมีโอกาสเป็นโรคจิตสูงกว่า เช่น พวกผอมสูง มีโอกาสเป็นโรคจิตเภท พวกอ้วนเตี้ยมีโอกาสเป็นโรคจิตทางอารมณ์สูงกว่า
- 1.2.3 สติปัญญา (intelligence) คนที่มีสติปัญญาต่ำกว่าปกติ หรือผู้ที่มีสติปัญญาสูงมาก พบว่ามีโอกาสเป็นโรคจิตมากกว่าคนที่มีสติปัญญาปานกลาง
- 1.2.4 อารมณ์ (emotion) พวกที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่ายมีโอกาสเป็นโรคจิตได้ง่าย

2. สาเหตุกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการโรคจิตขึ้นในขณะนั้น แบ่งออกเป็น

2.1 สาเหตุจากทางร่างกาย ได้แก่

- 2.1.1 จากสารพิษต่างๆ รวมทั้งพิษจากภายนอก เช่น จากสุรา ยาบางชนิดหรือพิษจากภายในร่างกาย เกิดจากการทำงานผิดปกติของร่างกาย หรือของต่อมฮอร์โมนทางประสาท
- 2.1.2 โรคติดเชื้อ เชื้อไขมาลาเรีย เชื้อสมองอักเสบ
- 2.1.3 อุบัติเหตุต่างๆ ที่ทำให้สมองกระทบกระเทือน อาจเป็นสาเหตุให้เป็นโรคจิตได้

2.2 สาเหตุจากจิตใจ ได้แก่

ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องคิดมาก และไม่สามารถปรับตัวแก้ไขปัญหาได้ ทำให้เกิดอาการทางจิต ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหารุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เช่น การตกใจสุดขีด การเศร้าเสียใจอย่างมาก เนื่องจากสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก อาจเป็นปัญหาเรื้อรัง เช่น เจ็บป่วยทรมาณ หรือมีปัญหาคะเทาะกระเทือนใจบ่อยๆ เป็นเวลานาน จนถึงขีดไม่สามารถทนต่อไปได้อีก

2.3 สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม

ปัญหาสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อจิตใจโดยตรง บางรายเป็นปัญหาจากสิ่งแวดล้อม ทำให้กลายเป็นโรคจิตได้ ปัญหาสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ ทำให้กลายเป็นโรคจิต ได้แก่

2.3.1 ปัญหาเศรษฐกิจ ที่พบมาก เช่น ปัญหาความยากจน รายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ทำให้วิตกกังวลมาก นอนไม่หลับ ต้องใช้ยานอนหลับและอาจเป็นโรคจิตจากการติดยานอนหลับได้

2.3.2 วัฒนธรรมและสังคม การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมสังคมอย่างรวดเร็วทำให้จิตใจเปลี่ยนแปลงไม่ทัน หรือไม่สามารถปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมใหม่ๆ ได้ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง หรือในบางรายประพาศติดขัดกับวัฒนธรรมหรือสังคม ทำให้คิดมากจนกลายเป็นโรคจิต เช่น สตรีที่หนีตามผู้ชายไปทำให้เกิดความขัดแย้ง เป็นสาเหตุให้เกิดอาการโรคจิตได้

สรุป สาเหตุของการเกิดโรคจิต เกิดจากสาเหตุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมหรือสิ่งแวดล้อม

2. การรักษาผู้ป่วยจิตเวช

สมสกุล สุภัทรพันธ์ และคณะ (2542) ได้จำแนกการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้แก่

2.1 วิธีการบำบัดรักษาทางกาย ได้แก่

2.1.1 การรักษาด้วยยาจิตบำบัด หมายถึง การรักษาโดยการให้ยา ซึ่งมีทั้งยารับประทานและยาฉีด แพทย์นิยมให้ยาโดยการรับประทานทางปาก แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการรุนแรง หรือเร่งด่วนสามารถให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อได้ ซึ่งยามีทั้งออกฤทธิ์ระยะสั้นและระยะยาว ยาจิตบำบัดเป็นยาที่มีผลต่ออารมณ์ ความคิด และการรับรู้ ช่วยให้อารมณ์สงบลง อาการประสาทหลอน ความคิดที่ผิดปกติ และอาการหลงผิดลดน้อยลงหรือหมดไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) การรักษาด้วยยา มีความสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต อาจกล่าวได้ว่า ยามีบทบาทในการรักษามากถึงร้อยละ 80 ของการรักษาทั้งหมด (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์มักจะค่อยๆ ปรับลดขนาดของยาลง

2.1.2 การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า หมายถึง การทำให้เกิดการชักในแบบ grand mal (generalized) โดยใช้กระแสไฟฟ้าจากเครื่องทำ ECT ในปริมาณที่เหมาะสม ผ่านเข้าไปในสมองทางขั้วตัวนำไฟฟ้า (electrodes) ซึ่งวางไว้บริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง หรือข้างเดียว เชื่อว่ากระแสไฟฟ้าที่ผ่านเข้าไปในสมองช่วยกระตุ้นให้มีการหมุนเวียนและปรับสมดุลของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) หลายตัว ช่วยลดอาการทางจิตเวชได้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบอื่นๆ หรือผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามานานด้วยยารักษาโรคจิตแต่อาการไม่ดีขึ้น จนไม่สามารถเพิ่มปริมาณยาได้มากกว่านี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

2.1.3 การบำบัดโดยการผูกมัดและจำกัดบริเวณผู้ป่วย (Body restraint and seclusion) ปัจจุบันการผูกมัดผู้ป่วยและการจำกัดบริเวณยังคงจำเป็นอยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เป็นการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้อื่น (แพ จันทรสุข, ใน จีวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณานิติการ, 2541)

2.2 วิธีการบำบัดด้านจิตสังคม

เป็นการรักษาด้านจิตใจโดยเน้นการพูดคุยกับตัวผู้ป่วยโดยลำพังและเป็นกลุ่ม การพูดคุยกับญาติ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนนำหลักการของพฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ด้วย เพื่อมุ่งช่วยเหลือแก้ไขปัญหของผู้ป่วย โดยเน้นที่ความรู้สึนึกคิดของผู้ป่วย อาศัยการสนทนาและสัมพันธ์ภาพในการรักษาระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยเป็นแนวทาง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ความทุกข์ทรมานในจิตใจลดลง การรักษาด้านจิตสังคม มักจะควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งการรักษาที่ให้ร่วมกันทั้งทางกายและทางใจจะได้ผลกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว (สมสกุล สุภัทรพันธ์ และคณะ, 2542) วิธีการบำบัดด้านจิตสังคม ได้แก่

2.2.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) แบ่งเป็น จิตบำบัดรายบุคคล หมายถึง การรักษาความผิดปกติทางจิตใจหรืออารมณ์ ด้วยวิธีการพูดกับผู้ป่วยหรือบางวิธีอาจเป็น nonverbal communication เน้นที่การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความขัดแย้งในจิตใจที่เป็นสาเหตุของปัญหาหรือพฤติกรรม และกลุ่มจิตบำบัดเป็นการรักษาโดยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาร่วมๆ กัน โดยมีผู้รักษา 1-2 คน มีการให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแก่กัน มีการทราบถึงปัญหาตลอดจนการแก้ไขของบุคคลอื่นๆ มีการเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ที่แต่ละคนมีต่อกัน ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยมิได้น้อยไปกว่าการรักษาแบบตัวต่อตัว ในบางกรณีอาจมีความเหมาะสมกว่าด้วย (อรุณ ภาคสุวรรณ, ใน สมภพ เรืองตระกูล, บรรณานิติการ, 2542 : แพ จันทรสุข, ใน จีวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณานิติการ, 2541)

2.2.2 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) หมายถึง การทำกลุ่มจิตบำบัดวิธีหนึ่ง ที่มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีแนวคิดที่ว่า อาการของผู้ป่วยอาจเป็นผลมาจาก ครอบครัว หรือมีผลกระทบต่อครอบครัวไม่มากนักน้อย อาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจเป็นผลรวมของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เป้าหมายในการรักษา คือ การที่ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวกับความเครียด และปัญหาที่เกิดขึ้นได้และตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้อย่างกลมกลืนทำให้ครอบครัวมีพัฒนาการมากขึ้น โดยจะนัดสมาชิกในครอบครัวมาพบผู้รักษาพร้อมกันเป็นระยะ ครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง (มานิช หล่อตระกูล, สเปญ อุ๋นอังกค์, ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ, 2539)

2.2.3 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีส่วนช่วยในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีได้เน้นแต่เพียงวัตถุเท่านั้น แต่จะสร้างบรรยากาศที่ให้ความเข้าใจ ยืดหยุ่น มีเหตุผล มีความสม่ำเสมอ โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและเข้ากับผู้อื่นได้ เพื่อผลในการปรับตัวสามารถกลับคืนสู่สังคมเดิมภายนอกในสภาพที่พร้อมที่จะรับต่ออุปสรรคปัญหาต่างๆ การจัดกิจกรรมในโรงพยาบาลและการใช้ทีมบุคลากรหลายวิชาชีพพร้อมมือกันเป็นไปภายใต้แนวคิดนี้ เช่น กลุ่มประชุมปรึกษาปัญหาในหอผู้ป่วย กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มนันทนาการ กลุ่มกีฬากลางแจ้ง หรือกลุ่มอาชีพบำบัด เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล, สเปญ อุ๋นอังกค์, ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ, 2539)

2.2.4 กลุ่มกิจกรรมบำบัด (Group therapy) หมายถึง การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมในหลายๆ รูปแบบ เพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด เอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม เสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่า โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ กระตุ้นให้มีการติดต่อ สื่อสาร เสริมสร้างทักษะใหม่ๆ ในการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น การเพิ่มระยะความเอาใจใส่ให้สูงขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ แข่งขันและรู้จักแบ่งปันซึ่งกันและกัน ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ เช่น กลุ่มการออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด กลุ่มประกอบอาหาร ฯลฯ (แพ จันทรสุข, ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณาธิการ, 2541)

2.2.5 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) เป็นวิธีการรักษาทางจิตเวชวิธีหนึ่ง ที่นำหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) มาประยุกต์ใช้ เพื่อแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (maladaptive behavior) จะพิจารณาปัญหาหรืออาการเจ็บป่วยในรูปแบบของพฤติกรรมที่เกิดจากปัจจัยที่สามารถสังเกตได้ เช่น สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นเงื่อนไขหรือแรงเสริมให้พฤติกรรมที่ผิดปกตินั้นเกิดขึ้นหรือคงอยู่ การรักษาจึงเน้นที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยดังกล่าว พฤติกรรมที่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสมจะเป็นตัวกำหนดความคิดหรือทัศนคติของผู้ป่วย (เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ในสมภพ เรืองตระกูล, บรรณาธิการ, 2542)

จากการที่ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางกายและจิตสังคมผู้รักษาจึงต้องประกอบด้วยบุคลากรจากหลายวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช นักอาชีวบำบัด นักนันทนาการบำบัด จะร่วมมือกันในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวจนพร้อมที่จะกลับไปเผชิญชีวิตในสังคมเดิมได้โดยใกล้เคียงปกติสุขโดยผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อันเป็นการสิ้นสุดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. การล่ำมขังผู้ป่วยจิตเวช

3.1 ประวัติการล่ำมขังผู้ป่วยจิตเวชในต่างประเทศ

ประวัติการล่ำมขังผู้ป่วยจิตเวชในอดีตที่ผ่านมา สุพัฒน์ เดชตติวงศ์ ณ อยุธยา (2536) ได้รวบรวมประวัติจิตเวชศาสตร์สากลของต่างประเทศพบว่า ได้กล่าวถึงการล่ำมขังผู้ป่วยมีมาตั้งแต่ในอดีต เช่น ยุควัฒนธรรมกรีกและโรมัน ได้กล่าวถึงว่า “ผู้ที่มีอาการรุนแรงถูกกักขังและล่ำมโซ่ตรวน โดยเชื่อว่าพระเจ้าผู้ทำให้เขาเป็นบ้าย่อมจะทำให้เขาหายบ้าด้วยพระองค์เอง” ต่อมาในยุคฟื้นฟู (The Renaissance) ได้กล่าวถึงเกี่ยวกับการล่ำมขังผู้ป่วยว่า “ผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ มักถูกขังไว้ที่ห้องเพดานหรือห้องเก็บของใต้ถุน บางคนถูกทอดทิ้งไปเลย นับว่าผู้ป่วยโรคจิตถูกกระทำอย่างไร้มนุษยธรรม” ในปี ค.ศ.1765 พระเจ้ายอร์จที่ 3 แห่งอังกฤษได้ป่วยเป็นโรคจิตมีอาการเป็นพักๆ พระองค์ถูกล่ำมและได้รับการดูแลอย่างทารุณเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ การป่วยของพระองค์ทำให้ชาวอังกฤษเริ่มสนใจการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตดีขึ้น

Phillippe Pinel (ค.ศ. 1745-1828) เป็นแพทย์ชาวฝรั่งเศส เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล Bicetre (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสำหรับสตรี) เขาได้ถอดโซ่ตรวนออกจากผู้ป่วยโรคจิต 50 คนด้วยมือของเขาเอง ในปี ค.ศ. 1795 ผู้ป่วยเหล่านี้ถูกล่ำมโซ่ตรวนมาตลอด 30 ปี เขาเชื่อว่า การที่ผู้ป่วยดื้อและวุ่นวายเนื่องจากขาดอิสระภาพ และขาดอากาศบริสุทธิ์ และเขาเชื่อว่าโรคจิตสามารถรักษาให้หายได้ การถอดโซ่ตรวนของ Pinel นับเป็นการปฏิวัติครั้งใหญ่ของการรักษาผู้ป่วยโรคจิต โดยใช้การรักษาแบบ Moral treatment คือการปฏิบัติต่อคนไข้โรคจิตอย่างมีศีลธรรม

สำหรับในประเทศอังกฤษ โรงพยาบาลเบ็ธเล็มใช้วิธีการกักขังและผูกมัด จนมีผู้วาดภาพแสดงความเป็นอยู่อันโหดร้ายทารุณในโรงพยาบาล John Conolly (ค.ศ. 1794-1866) ผู้อำนวยการ Hamsell Asylum จึงสั่งเลิกการผูกมัดผู้ป่วยโรคจิต และเขียนเรื่องการรักษาผู้ป่วยโรคจิตโดยไม่ใช้เครื่องผูกมัดร่างกาย ในปี ค.ศ. 1813

3.2 ประวัติการล่ามขังผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทยเกิดโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยทางจิตแห่งแรกในสมัยรัชกาลที่ 5 เดิมเป็นตึกบ้านรับคนไข้ครั้งแรก 30 คน เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2432 เป็นสถานที่นำคนเสียจริตมาฝากขังไว้ การดูแลจึงมีแต่ล่ามโซ่ไว้ในห้องซึ่งมีลูกกรง คนที่คลั่งบางคนก็ถูกล่ามโซ่ตรวน การรักษาใช้แพทย์แผนโบราณ ยาต้ม ยานัตถุ เวทมนต์ คาถา ตามความรู้ของแพทย์ในสมัยนั้น พ.ศ. 2448 เรียกสถานที่นี้ว่า โรงพยาบาลคนเสียจริตปากคลองสาน มีรายงานว่าคนไข้คลั่งร้ายแรงต้องแยกขังไว้ต่างหาก แต่ห้องแยกมีน้อยจึงต้องขังรวมกัน ซึ่งยัดเยียด ทำร้ายกันเสมอ มีหลายคนถูกล่ามโซ่กับพื้นกระดาน เช่นเดียวกับสัตว์ที่ดุร้าย ห้องชำรุดและสกปรก เป็นที่อับอาย ในที่สุดสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงอนุญาตให้สร้างโรงพยาบาลคนเสียจริตขึ้นใหม่ ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาฯ นี้ และได้เปลี่ยนแปลงวิธีปกครองแบบคุมขัง และการรักษาแผนโบราณมาเป็นการรักษาด้วยยาแบบใหม่ มีการดูแลเลี้ยงอาหาร การหลับนอนบริบูรณ์ขึ้น เลิกการล่ามโซ่อย่างแต่ก่อน หลังจากนั้นได้ก่อเกิดโรงพยาบาลโรคจิตในทุกภาคของประเทศไทย (ฝน แสงสิงแก้ว, 2512)

3.3 สภาพปัญหาการล่ามขังผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน

การล่ามขังผู้ป่วย มักจะทำกับผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังที่มีพฤติกรรมซึ่งญาติไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตและผู้ป่วยปัญญาอ่อนที่มีปัญหาพฤติกรรม เมื่อมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเป็นครั้งแรก ญาติจะส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายหลังการจำหน่าย ญาติมีความรู้สึกที่ดีมารับผู้ป่วยกลับไปดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก ญาติจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว บางคนไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เสพสารเสพติดของมีนเมา จึงทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ อาจจะอาละวาด ทำร้ายญาติ หรือทำให้ชาวบ้านละแวกใกล้เคียงเดือดร้อน ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกหวาดกลัวหรืออับอาย จึงคิดหาวิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่อาละวาด ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น โดยนำผู้ป่วยไปล่ามขังไว้ในสถานที่ที่คิดว่าจะทำให้ตัวผู้ป่วยและครอบครัวปลอดภัย และช่วยให้มีอาการสงบลง ญาติสามารถที่จะทำงานและพักผ่อนได้ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2544)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ได้มีการศึกษาระบาดวิทยาโรคจิต หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และในโรงพยาบาล แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาในเรื่องผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนครมาก่อน มีเพียงการรายงานสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยโรคจิต ณ สถานบริการสาธารณสุข และรัฐเท่านั้น แต่ยังมีผู้ป่วยโรคจิตอีกบางส่วนที่มีอาการ แต่ยังไม่ได้รับการรักษา หรือถูกล่ามขังในชุมชน ในการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการดำเนินการด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษา พันฟูสมรรถภาพ แก่ผู้ป่วยโรคจิตหรือประชาชนต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนครและศึกษาการล่ามโซ่ กักขัง ผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตที่อาการดีแล้วหรือญาติผู้ป่วย ในกรณีไม่มีญาติอาจเป็นผู้นำชุมชน อสม. หรือเพื่อนบ้านซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดสกลนคร ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2542 - วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2543

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคจิตที่อาการดีแล้ว หรือญาติผู้ป่วยในกรณีไม่มีญาติอาจเป็นผู้นำชุมชน อสม. หรือเพื่อนบ้าน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิต

1. เป็นผู้ป่วยที่อาการดีแล้ว ดำรงชีวิตในชุมชนได้และอาศัยอยู่ในจังหวัดสกลนคร ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2542 - 31 มีนาคม 2543
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิต หรือได้รับการคัดกรองจากแบบคัดกรองโรคจิต ของอภิชัย มงคล และคณะ (2543) และมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือได้ว่าเป็นโรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคล และคณะ ได้ทำการศึกษาในปีงบประมาณ 2542 และผลการศึกษาแล้วเสร็จในเดือนกันยายน 2542 จึงได้ดำเนินงานใช้แบบคัดกรองนี้ร่วมด้วย ในกรณีที่ผู้สำรวจสงสัยว่าผู้ป่วยรายนี้จะมีอาการทางจิต และไม่เคยมีประวัติการรักษาโรคจิตมาก่อน)



3. สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้

4. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ญาติผู้ป่วยโรคจิต

1. เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย

2. สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้

3. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

อสม./ผู้นำชุมชน/เพื่อนบ้าน

1. รู้จักผู้ป่วยและสามารถให้ข้อมูลตามรายละเอียดในแบบสำรวจได้

2. สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้

3. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกรอจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตไม่สงบและไม่มีญาติ อสม. ผู้นำชุมชนหรือเพื่อนบ้าน สามารถให้ข้อมูลได้

2. ผู้ป่วยโรคจิตที่ย้ายถิ่นไปอยู่อาศัยที่อื่น ขณะทำการสำรวจ

ในการสำรวจข้อมูลครั้งนี้เป็นการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตทุกราย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสกลนคร โดยอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสำรวจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสถานที่สำรวจผู้ป่วยโรคจิต

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต

ส่วนที่ 3 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต



การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้สร้างแบบสำรวจโดยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้เครื่องมือฉบับร่าง ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชจำนวน 3 ท่านในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวช หรือญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง ในการหาคุณภาพของ เครื่องมือนี้ ไม่ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เนื่องจากคำถามในแบบสำรวจเป็นข้อมูลที่เป็นความจริง (Fact) ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสืออนุมัติในการศึกษาวิจัยประชุมชี้แจงให้กับนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดสกลนคร และผู้บริหารสาธารณสุขจังหวัดสกลนครทราบ เพื่อขออนุญาตในการศึกษาวิจัยและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล
2. ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติสุขภาพจิตระดับจังหวัดทราบ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือให้เครือข่ายระดับจังหวัดประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ระดับอำเภอ ตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในความรับผิดชอบ รวมทั้งส่งข้อมูลกลับมายังเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด
3. เครือข่ายระดับจังหวัดรวบรวมข้อมูลส่งให้ระดับเขตต่อไป
4. เครือข่ายระดับเขตตรวจสอบข้อมูลว่าสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชนใดยังไม่ส่งข้อมูล จะประสานงานกับเครือข่ายระดับจังหวัด อีกครั้งเพื่อประสานงานให้เครือข่ายที่ยังไม่ส่งข้อมูล ให้ส่งข้อมูลให้ครบทุกหน่วยงาน
5. ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนกันยายน 2542 - 28 กุมภาพันธ์ 2543 รวมทั้งสิ้นเป็นเวลา 6 เดือน
6. มีหน่วยงานต่างๆ ที่ส่งข้อมูลจากการสำรวจดังนี้

ประเภทของหน่วยงาน	จำนวนทั้งหมด	จำนวนที่ส่งข้อมูล	คิดเป็นร้อยละ
ร.พ.ทั่วไป	1 แห่ง	1 แห่ง	100.0
ร.พ.ชุมชน	16 แห่ง	16 แห่ง	100.0
สถานีนอนมัย	165 แห่ง	126 แห่ง	76.4

การวิเคราะห์ข้อมูล

- นำข้อมูลที่ได้มาแปลงเป็นรหัสคอมพิวเตอร์ และป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล
- วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC⁺ และใช้สถิติเชิงบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร ได้นำเสนอผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร

ส่วนที่ 2 การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร

2.1 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต

2.2 การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตโดยจำแนกตามอำเภอ

ส่วนที่ 3 การศึกษาการล้าสมัย กักขัง ผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร ของจังหวัดสกลนคร โดยจำแนกตามอำเภอ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตของจังหวัดสกลนคร ส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 69.58 รองลงมาอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 24.54 อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองร้อยละ 13.92 รองลงมาอำเภอพรรณานิคม และอำเภออากาศอำนวยร้อยละ 12.98, 12.06 ตามลำดับ

ในด้านการศึกษาเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคจิต ส่วนใหญ่พบว่าเป็นชาย ร้อยละ 65.88 เพศหญิงร้อยละ 34.12 มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 31.13 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 35-44 ปี ร้อยละ 24.43 จบการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 69.70 รองลงมามัธยมศึกษาร้อยละ 13.40 สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 59.48 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 23.30 เมื่อศึกษาเพศของผู้ป่วยโรคจิตโดยจำแนกตามอำเภอ พบว่าอำเภอ

ที่มีผู้ป่วยเพศชายมากที่สุด 5 อำเภอแรกได้แก่ อำเภอต่างอย นิคมน้ำอูน ภูพาน วาริชภูมิ และเจริญศิลป์ คิดเป็นร้อยละ 87.50, 84.62, 83.33, 74.19 และ 72.41 ตามลำดับ และ 5 อำเภอที่มีเพศหญิงมากที่สุดได้แก่ อำเภอดงหลวง สว่างแดนดิน ส่องดาว คำตากล้า และพังโคน คิดเป็นร้อยละ 46.30, 43.82, 42.86, 42.11 และ 41.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1, 2, 3 และ 4

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร โดยจำแนกตามหน่วยงานที่รับผิดชอบ (n = 970)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสกลนคร	57	5.88
โรงพยาบาลชุมชน	238	24.54
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	675	69.58
รวม	970	100

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด โดยจำแนกตามอำเภอ (n = 970)

อำเภอ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมือง	135	13.92
2. กุดบาก	14	1.44
3. กุสุมาลย์	56	5.78
4. ต่างอย	8	0.82
5. โคกศรีสุพรรณ	38	3.92
6. โพนนาแก้ว	60	6.19
7. เจริญศิลป์	29	2.98

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด โดยจำแนกตามอำเภอ (n = 970) (ต่อ)

อำเภอ	จำนวน	ร้อยละ
8. สองดาว	7	0.72
9. ภูพาน	36	3.71
10. นิคมน้ำอุ่น	13	1.34
11. วานรนิวาส	54	5.57
12. วาริชภูมิ	62	6.39
13. สว่างแดนดิน	91	9.39
14. พังโคน	36	3.71
15. พรรณานิคม	126	12.98
16. บ้านม่วง	31	3.20
17. คำตากล้า	57	5.88
18. อากาศอำนวย	117	12.06
รวม	970	100

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร (n = 970)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	639	65.88
หญิง	331	34.12
รวม	970	100
อายุ		
1-14 ปี	11	1.13
15-24	174	17.94

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร (n = 970) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
25-34	302	31.13
35-44	237	24.43
45-54	122	12.58
55-64	74	7.63
65+ ปี	32	3.30
ไม่ลงรายละเอียด	18	1.86
รวม	970	100
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	59	6.08
ประถมศึกษา	676	69.70
มัธยมศึกษา	130	13.40
ต่ำกว่าปริญญาตรี	27	2.78
ปริญญาตรี	12	1.24
ไม่ได้ลงรายละเอียด	66	6.80
รวม	970	100
สถานภาพสมรส		
โสด	577	59.48
คู่	226	23.30
หม้าย	75	7.73
หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	38	3.92
ไม่ลงรายละเอียด	54	5.57
รวม	970	100

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามเพศ ในแต่ละอำเภอ (n = 970)

อำเภอ	ชาย		หญิง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมือง	94	69.63	41	30.37
2. กุดบาก	9	64.29	5	35.71
3. กุสุมาลย์	40	71.43	16	28.57
4. เต่างอย	7	87.50	1	12.50
5. โคกศรีสุพรรณ	25	65.79	13	34.21
6. โพนนาแก้ว	37	61.67	23	38.33
7. เจริญศิลป์	21	72.41	8	27.59
8. ส่องดาว	4	57.14	3	42.86
9. ภูพาน	30	83.33	6	16.67
10. นิคมνάฮูน	11	84.62	2	15.38
11. วานรนิวาส	29	53.70	25	46.30
12. วาริชภูมิ	46	74.19	16	25.81
13. สว่างแดนดิน	52	56.18	39	43.82
14. พังโคน	21	58.33	15	41.67
15. พรรณานิคม	90	71.43	36	28.57
16. บ้านม่วง	21	67.74	10	32.26
17. คำตากล้า	33	57.89	24	42.11
18. อากาศอำนวย	69	58.97	48	41.03
รวม	639	65.88	331	34.12

ส่วนที่ 2 การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต

จังหวัดสกลนคร

2.1 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต

จากการศึกษาระยะเวลาที่ป่วยของผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยมานาน 1-5 ปี ร้อยละ 27.53 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 19.18 ระยะเวลาป่วยต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 60 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 11.32 (S.D.9.68) ในด้านการเคยรับการรักษามาก่อนหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าเคยรักษา ร้อยละ 86.29 ไม่เคยรักษา ร้อยละ 12.06 สำหรับโรงพยาบาลที่เคยไปรับการรักษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ตอบว่าไปรักษาโรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ มากกว่า 1 แห่ง ร้อยละ 30.72 รองลงมาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นร้อยละ 21.34 และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมร้อยละ 14.95 เมื่อศึกษาการรับประทานยาในปัจจุบัน (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) พบว่ายังรับประทานยาอยู่ร้อยละ 64.23 รองลงมาไม่ได้รับประทานยาร้อยละ 27.63 ลักษณะการรับประทานยาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รับประทานยาทุกเดือนร้อยละ 49.07 รองลงมา ไม่รับประทานยาเลยร้อยละ 27.63 และรับประทานยาเมื่อมีอาการร้อยละ 10.10 เมื่อทำการศึกษาถึงสาเหตุของการไม่รับประทานยา พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาร้อยละ 6.70 รองลงมา ไม่มีอาการ/หยุดยาเอง ร้อยละ 6.39 ไม่มีเงินค่ายา ร้อยละ 4.74

ในด้านการศึกษาอาการทางจิตขณะทำการสำรวจพบว่าส่วนใหญ่อาการสงบร้อยละ 77.11 ไม่สงบ ร้อยละ 17.11 โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาในปัจจุบัน (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ร้อยละ 22.47 โรงพยาบาลอื่นๆ หมายถึง โรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร หรือ โรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้ ร้อยละ 15.88 และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นร้อยละ 14.64 สำหรับจำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ในรอบ 2 ปี) ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ร้อยละ 83.51 รองลงมาเคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 8.76 และ 2 - 3 ครั้ง ร้อยละ 5.05 เมื่อศึกษาถึงผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต ส่วนใหญ่ตอบว่า มีผู้ดูแล ร้อยละ 85.72 สำหรับการประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพได้ร้อยละ 52.16 รองลงมาประกอบอาชีพไม่ได้ ร้อยละ 44.23 ประเภทของอาชีพที่ผู้ป่วยโรคจิตทำได้แก่ เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) ร้อยละ 33.61 รองลงมาอาชีพรับจ้างร้อยละ 5.88 และประกอบอาชีพมากกว่า 1 อาชีพ ร้อยละ 5.15 เมื่อทำการศึกษาการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ร้อยละ 89.28 รองลงมาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ร้อยละ 7.32 ดังตารางที่ 5-8

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามระยะเวลาที่ป่วย การเคยรับการรักษา
โรงพยาบาลที่รับการรักษาในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วย		
1-5 ปี	267	27.53
6-10 ปี	186	19.18
11-15 ปี	142	14.64
16-20 ปี	78	8.04
21-25 ปี	69	7.11
26 ปีขึ้นไป	60	6.19
ไม่ระบุรายละเอียด	168	17.31
รวม	970	100
หมายเหตุ ระยะเวลาป่วยต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 60 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 11.32 (S.D. 9.68)		
การเคยรับการรักษา		
ไม่เคยรักษา	117	12.06
เคยรักษา	837	86.29
ไม่ระบุรายละเอียด	16	1.65
รวม	970	100

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามระยะเวลาที่ป่วย การเคยรับการรักษารักษา
โรงพยาบาลที่รับการรักษาในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลที่เคยไปรับการรักษาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	207	21.34
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม	145	14.95
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา	2	0.21
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	116	11.96
โรงพยาบาลอื่นๆ	55	5.67
รักษามากกว่า 1 แห่ง	298	30.72
ไม่ได้รักษา	117	12.06
ไม่ระบุรายละเอียด	30	3.09
รวม	970	100

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามการรับประทานยาในปัจจุบันลักษณะการรับประทานยา
ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา สาเหตุของการไม่รับประทานยา

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานยาในปัจจุบัน (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)		
ไม่ได้รับประทานยา	268	27.63
ยังรับประทานยา	623	64.23
ไม่ระบุรายละเอียด	79	8.14
รวม	970	100

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามการรับประทานยาในปัจจุบันลักษณะการรับประทานยาในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา สาเหตุของการไม่รับประทานยา (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการรับประทานยาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่รับประทานยาเลย	268	27.63
รับประทานยาทุกเดือน	467	49.07
รับประทานยาเมื่อมีอาการ	98	10.10
รับประทานยา 1-3 เดือน	27	2.78
รับประทานยา 4-6 เดือน	12	1.24
รับประทานยา 7-9 เดือน	5	0.52
รับประทานยา 10-11 เดือน	5	0.52
ไม่ระบุรายละเอียด	79	8.14
รวม	970	100
สาเหตุของการไม่รับประทานยา		
ไม่ยอมรับการรักษา	65	6.70
ไม่ให้ความร่วมมือ	36	3.71
ไม่มีญาติดูแล	23	2.37
ไม่มีเงินค่ายา	46	4.74
ไม่มีอาการ / หายหายเอง	62	6.39
แพทย์สั่งหยุดยา	7	0.72
ทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้	15	1.55
ตอบมากกว่า 1 ข้อ	14	1.45
ไม่ระบุรายละเอียด	79	8.14
ยังรับประทานยา	623	64.23
รวม	970	100

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามอาการทางจิตขณะสำรวจ โรงพยาบาลที่รักษา
ในปัจจุบัน จำนวนครั้งที่เคยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
อาการทางจิตขณะทำการสำรวจ		
ไม่สงบ	166	17.11
สงบ	748	77.11
ไม่ระบุรายละเอียด	56	5.78
รวม	970	100
โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาในปัจจุบัน (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)		
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	142	14.64
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม	218	22.47
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา	2	0.21
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	70	7.22
โรงพยาบาลอื่นๆ	154	15.88
รักษามากกว่า 1 แห่ง	16	1.64
ไม่ได้รักษา	268	27.63
ไม่ระบุรายละเอียด	10	10.31
รวม	970	100

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามอาการทางจิตขณะสำรวจ โรงพยาบาลที่รักษาในปัจจุบัน จำนวนครั้งที่เคยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษ เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ในรอบ 2 ปี)		
ไม่เคย admit	810	83.51
1 ครั้ง	85	8.76
2 - 3 ครั้ง	49	5.05
4 - 6 ครั้ง	18	1.86
7 - 10 ครั้ง	8	0.82
รวม	970	100

หมายเหตุ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในต่ำสุด คือ ไม่เคยเข้าพักรักษา สูงสุด 10 ปี
เฉลี่ย 0.36 (S.D. 1.15)

ตารางที่ 8

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามมีผู้ดูแล การประกอบอาชีพ ประเภทของอาชีพ การช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
มีผู้ดูแลหรือไม่		
ไม่มีผู้ดูแล	58	5.98
มีผู้ดูแล	832	85.77
ไม่ระบุรายละเอียด	80	8.25
รวม	970	100

ตารางที่ 8

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามมีผู้ดูแล การประกอบอาชีพ ประเภทของอาชีพ การช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ		
ประกอบอาชีพไม่ได้	429	44.23
ประกอบอาชีพได้	506	52.16
ไม่ระบุรายละเอียด	35	3.61
รวม	970	100
ประเภทของอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	429	44.23
เกษตรกร (ทำนา, ทำสวน, ทำไร่ ฯลฯ)	326	33.61
รับจ้าง	57	5.88
ค้าขาย	13	1.34
แม่บ้าน	35	3.61
รับราชการ	11	1.13
ว่างงาน	3	0.31
อื่นๆ	11	1.13
มากกว่า 1 ข้อ	50	5.15
ไม่ระบุรายละเอียด	35	3.61
รวม	970	100
การช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย		
ไม่ได้	71	7.32
ได้	866	89.28
ไม่ระบุรายละเอียด	33	3.40
รวม	970	100

2.2 การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร โดยจำแนกตามอำเภอ

เมื่อทำการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและผู้ป่วยโรคจิต โดยจำแนกตามเคยรับการรักษาหรือไม่ในแต่ละอำเภอ พบว่ามี 2 อำเภอที่ผู้ป่วยโรคจิตเคยรักษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.00 ได้แก่ อำเภอส่องดาว และนิคมน้ำอูน รองลงมาได้แก่ อำเภอดำตาล้า พังโคน บ้านม่วงและอำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 94.74, 94.44, 93.55 และ 92.59 ตามลำดับ สำหรับอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคจิตที่สำรวจได้และไม่เคยรับการรักษามาก่อนเลยส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอโพนนาแก้ว, เจริญศิลป์, สว่างแดนดิน, วาริชภูมิ, กุสุมาลย์ คิดเป็นร้อยละ 25.00, 20.69, 16.48, 16.13 และร้อยละ 16.07 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคจิตรักษาในปัจจุบัน (1 ปีที่ผ่านมา) เมื่อจำแนกตามอำเภอพบว่า 5 อำเภอแรกที่มีผู้ป่วยโรคจิตมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นมากที่สุด ได้แก่

1. อำเภอเจริญศิลป์ ร้อยละ 41.38
2. อำเภอพังโคน ร้อยละ 30.56
3. อำเภอดอนนาหว้า ร้อยละ 29.63
4. อำเภอบ้านม่วง ร้อยละ 29.03
5. อำเภอสว่างแดนดิน ร้อยละ 28.57

ผู้ป่วยโรคจิตมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมมากที่สุด 5 อำเภอแรก ได้แก่

1. อำเภอส่องดาว ร้อยละ 42.85
2. อำเภอนิคมน้ำอูน ร้อยละ 38.46
3. อำเภอเต่างอย ร้อยละ 37.50
4. อำเภอเมือง ร้อยละ 34.82
5. อำเภอโคกศรีสุพรรณ ร้อยละ 31.58

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยโรคจิตไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นๆ หมายถึงโรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในจังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีบุญญา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา เป็นต้น เมื่อพิจารณา 5 อำเภอแรกได้แก่

1. อำเภอกุสุมาลย์ ร้อยละ 35.71
2. อำเภอเมือง ร้อยละ 29.63
3. อำเภออากาศอำนวย ร้อยละ 24.79
4. อำเภอกุดบาก ร้อยละ 21.43
5. อำเภอวานรนิวาส ร้อยละ 16.67

เมื่อทำการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตโดยจำแนกตามจำนวนครั้งที่เคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา) ของแต่ละอำเภอ ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตไม่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเลยอยู่ในอำเภอโพนนาแก้ว, กุดบาก, วานรนิวาส, เมือง และเจริญศิลป์ คิดเป็นร้อยละ 93.33, 92.86, 92.59, 91.11 และ 89.66 ตามลำดับ เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ได้แก่อำเภอบ้านม่วง, นิคมน้ำอุ่น, ส่องดาว, วาริชภูมิ และเต่างอย คิดเป็นร้อยละ 29.03, 15.38, 14.29, 12.90 และ 12.50 และเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในอำเภอพังโคน, ภูพาน, เต่างอย, สว่างแดนดิน, กุสุมาลย์ คิดเป็นร้อยละ 22.23, 16.67, 12.50, 12.09, 10.72 ตามลำดับ

ในด้านการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตว่าสามารถประกอบอาชีพได้หรือไม่ โดยแบ่งตามอำเภอต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า 5 อำเภอแรกที่มีผู้ป่วยโรคจิตสามารถประกอบอาชีพได้เป็นส่วนใหญ่ เมื่ออยู่ในชุมชนได้แก่ อำเภอกุสุมาลย์ บ้านม่วง อากาศอำนวย, โพนนาแก้ว, คำตากล้า คิดเป็นร้อยละ 62.50, 61.29, 57.26, 56.67 และ 54.39

เมื่อทำการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคจิตมีผู้ดูแลขณะอยู่ในชุมชนหรือไม่ โดยจำแนกตามอำเภอต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า อำเภอที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอกุดบาก, นิคมน้ำอุ่น, กุสุมาลย์, ภูพาน และโพนนาแก้ว คิดเป็นร้อยละ 100.00, 100.00 98.21, 97.22 และ 93.33 ตามลำดับ สำหรับอำเภอที่ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน 5 อันดับแรกได้แก่ อำเภอส่องดาว, วานรนิวาส, เต่างอย, พังโคน, เจริญศิลป์ คิดเป็นร้อยละ 14.29, 12.96, 12.50, 11.11 และ 10.35 ตามลำดับ

ในการศึกษาการดูแลช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ที่อยู่อาศัยใน 5 อำเภอแรกที่จะช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้แก่ อำเภอส่องดาว, พังโคน, เมือง, คำตากล้า, บ้านม่วง และ วาริชภูมิ คิดเป็นร้อยละ 100.00, 97.22, 95.56, 94.74, 93.55 และ 93.55 ตามลำดับ สำหรับ 5 อำเภอแรกที่มีผู้ป่วยโรคจิตไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ ได้แก่อำเภอวานรนิวาส, กุดบาก, อากาศอำนวย, เต่างอย, สว่างแดนดิน คิดเป็นร้อยละ 18.52, 14.29, 12.82, 12.50 และ 12.09 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 9-14)

ตารางที่ 9

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต จำแนกตามการเคยรับการรักษาหรือไม่ในแต่ละอำเภอ

อำเภอ	ไม่เคยรักษา		เคยรักษา		ไม่ลงรายละเอียด		รวมผู้ป่วยทั้งหมด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เมือง	7	5.19	125	92.59	3	2.22	135
2. กุดบาก	2	14.29	12	85.71	-	-	14
3. กุสุมาลย์	9	16.07	47	83.93	-	-	56
4. เต่างอย	1	12.50	7	87.50	-	-	8
5. โคกศรีสุพรรณ	4	10.53	28	73.68	6	15.79	38
6. โพนนาแก้ว	15	25.00	45	75.00	-	-	60
7. เจริญศิลป์	6	20.69	23	79.31	-	-	29
8. ส่องดาว	-	-	7	100.00	-	-	7
9. ภูพาน	4	11.11	32	88.89	-	-	36
10. นิคมน้ำอุ่น	-	-	13	100.00	-	-	13
11. วานรนิวาส	7	12.96	46	85.19	1	1.85	54
12. วาริชภูมิ	10	16.13	52	83.87	-	-	62
13. สว่างแดนดิน	15	16.48	76	83.52	-	-	91
14. พังโคน	2	5.56	34	94.44	-	-	36
15. พรรณานิคม	18	14.29	102	80.95	6	4.76	126
16. บ้านม่วง	2	6.45	29	93.55	-	-	31
17. คำตากล้า	3	5.26	54	94.74	-	-	57
18. อากาศอำนวย	12	10.26	105	89.74	-	-	117
รวม	117	12.06	837	86.29	16	1.65	970

ตารางที่ 10

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามโรงพยาบาลที่รักษาในปัจจุบันของแต่ละอำเภอ (ต่อ)

อำเภอ	จิตเวชขอนแก่น		จิตเวชนครพนม		จิตเวชนครราชสีมา		พระศรีมหาโพธิ์		ร.พ.อื่นๆ		มากกว่า 1 แห่ง		ไม่รักษา		ไม่ลงรายละเอียด		รวม ผู้ป่วยทั้งหมด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เมือง	9	6.67	47	34.82	-	-	12	8.89	40	29.63	5	3.70	16	11.85	6	4.44	135
2. กุดบาก	3	21.43	2	14.29	-	-	-	-	3	21.43	-	-	4	28.57	2	14.29	14
3. กุสุมาลย์	5	8.93	8	14.29	-	-	-	-	20	35.71	-	-	18	32.14	5	8.93	56
4. ต่างดอย	-	-	3	37.50	-	-	-	-	1	12.50	-	-	3	37.50	1	12.50	8
5. โคกศรีสุพรรณ	-	-	12	31.58	-	-	6	15.79	3	7.89	-	-	7	18.42	10	26.32	38
6. โพนนาแก้ว	3	5.00	10	16.67	-	-	6	10.00	6	10.00	-	-	23	38.33	12	20.00	60
7. เจริญศิลป์	12	41.38	1	3.45	-	-	2	6.90	-	-	3	10.34	9	31.03	2	6.90	29
8. ส่องดาว	1	14.29	3	42.85	-	-	-	-	1	14.29	-	-	1	14.29	1	14.29	7
9. ภูพาน	10	27.78	4	11.11	-	-	3	8.33	5	13.89	-	-	14	38.89	-	-	36
10. นิคมท่าอุเทน	3	23.08	5	38.46	-	-	2	15.38	-	-	-	-	3	23.08	-	-	13
11. วานรนิวาส	16	29.63	10	18.52	-	-	1	1.85	9	16.67	2	3.70	14	25.93	2	3.70	54
12. วาริชภูมิ	10	16.13	10	16.13	-	-	4	6.45	7	11.29	-	-	16	25.81	15	24.19	62
13. สว่างแดนดิน	26	28.57	6	6.59	1	1.10	5	5.50	8	8.79	-	-	30	32.97	15	16.48	91
14. พังโคน	11	30.56	9	25.00	-	-	7	19.44	4	11.11	-	-	4	11.11	1	2.78	36
15. พรหมนิคม	13	10.32	39	30.95	1	0.80	6	4.76	10	7.94	-	-	43	34.13	14	11.11	126
16. บ้านม่วง	9	29.03	2	6.45	-	-	2	6.45	3	9.68	2	6.45	8	25.81	5	16.13	31
17. คำตากล้า	4	7.02	15	26.32	-	-	7	12.28	5	8.77	1	1.75	23	40.35	2	3.51	57
18. อากาศอำนวย	7	5.98	32	27.35	-	-	7	5.98	29	24.79	3	2.56	25	21.37	14	11.97	117
รวม	142	14.64	218	22.47	2	0.21	70	7.21	154	15.88	16	1.65	261	26.91	107	11.03	970

ตารางที่ 11

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำนวนตามจำนวนครั้งที่เคยพักรักษาในโรงพยาบาลของแต่ละอำเภอ (ต่อ)

อำเภอ	ไม่เคยเข้าพักรักษา		1 ครั้ง		2-3 ครั้ง		4-6 ครั้ง		7-10 ครั้ง		รวม ผู้ป่วยทั้งหมด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เมือง	123	91.11	5	3.70	3	2.22	4	2.97	-	-	135
2. กุดบาก	13	92.86	-	-	-	-	1	7.14	-	-	14
3. กุสุมาลย์	48	85.71	2	3.57	1	1.79	5	8.93	-	-	56
4. เด่างอย	6	75.00	1	12.50	1	12.50	-	-	-	-	8
5. โคกศรีสุพรรณ	34	89.47	4	10.53	-	-	-	-	-	-	38
6. โพนนาแก้ว	56	93.33	3	5.00	1	1.67	-	-	-	-	60
7. เจริญศิลป์	26	89.66	2	6.90	1	3.45	-	-	-	-	29
8. ส่องดาว	6	85.71	1	14.29	-	-	-	-	-	-	7
9. ภูพาน	26	72.22	4	11.11	4	11.11	1	2.78	1	2.78	36
10. นิคมบ้านอุ่ม	10	76.92	2	15.38	1	7.69	-	-	-	-	13
11. วานรนิวาส	50	92.59	1	1.85	2	3.70	1	1.85	-	-	54
12. วาริชภูมิ	50	80.65	8	12.90	3	4.84	-	-	1	1.61	62
13. สว่างแดนดิน	70	76.92	10	10.99	10	10.99	1	1.10	-	-	91
14. พังโคน	25	69.44	3	8.33	5	13.89	2	5.56	1	2.78	36
15. พรรณานิคม	101	80.16	15	11.91	8	6.35	1	0.79	1	0.79	126
16. บ้านม่วง	20	64.52	9	29.03	1	3.23	-	-	1	3.23	31
17. คำตากล้า	50	87.72	3	5.26	2	3.51	2	3.51	-	-	57
18. อากาศอำนวย	96	82.05	12	10.26	6	5.13	-	-	3	2.56	117
รวม	810	83.51	85	8.76	49	5.05	18	1.86	8	0.82	970

ตารางที่ 12

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามการประกอบอาชีพของผู้ป่วยในแต่ละอำเภอ (ต่อ)

อำเภอ	ไม่ได้		ได้		ไม่ลงรายละเอียด		รวมผู้ป่วย ทั้งหมด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เมือง	66	48.89	68	50.37	1	0.74	135
2. กุดบาก	7	50.00	7	50.00	-	-	14
3. กุสุมาลย์	19	33.93	35	62.50	2	3.57	56
4. เตาบ่อ	6	75.00	2	25.00	-	-	8
5. โคกศรีสุพรรณ	12	31.58	19	50.00	7	18.42	38
6. โพนนาแก้ว	23	38.33	34	56.67	3	5.00	60
7. เจริญศิลป์	14	48.28	15	51.72	-	-	29
8. ส่องดาว	4	57.14	3	42.86	-	-	7
9. ภูพาน	17	47.22	18	50.00	1	2.78	36
10. นิคมน้ำอุ่น	6	46.15	7	53.85	-	-	13
11. วานรนิวาส	29	53.70	25	46.30	-	-	54
12. วาริชภูมิ	30	48.39	32	51.61	-	-	62
13. สว่างแดนดิน	46	50.55	45	49.45	-	-	91
14. พังโคน	17	47.22	19	52.78	-	-	36
15. พรรณานิคม	45	35.71	60	47.62	21	16.67	126
16. บ้านม่วง	12	38.71	19	61.29	-	-	31
17. คำตากล้า	26	45.61	31	54.39	-	-	57
18. อากาศอำนวย	50	42.74	67	57.26	-	-	117
รวม	429	44.23	506	52.16	35	3.61	970

ตารางที่ 13

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามการมีผู้ดูแลในแต่ละอำเภอ (ต่อ)

อำเภอ	ไม่มี		มี		ไม่ลงรายละเอียด		รวมผู้ป่วยทั้งหมด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เมือง	9	6.67	125	92.59	1	0.74	135
2. กุดบาก	-	-	14	100.00	-	-	14
3. กุสุมาลย์	1	1.79	55	98.21	-	-	56
4. เต่างอย	1	12.50	7	87.50	-	-	8
5. โคกศรีสุพรรณ	1	2.63	24	63.16	13	34.21	38
6. โพนนาแก้ว	4	6.67	56	93.33	-	-	60
7. เจริญศิลป์	3	10.35	22	75.86	4	13.79	29
8. ส่องดาว	1	14.29	6	85.71	-	-	7
9. ภูพาน	1	2.78	35	97.22	-	-	36
10. นิคมน้ำอุ่น	-	-	13	100.00	-	-	13
11. วานรนิวาส	7	12.96	47	87.04	-	-	54
12. วาริชภูมิ	3	4.84	47	75.81	12	19.36	62
13. สว่างแดนดิน	3	3.30	85	9.34	3	3.30	91
14. พังโคน	4	11.11	32	88.89	-	-	36
15. พรรณานิคม	7	5.56	100	79.37	19	15.07	126
16. บ้านม่วง	2	6.45	26	83.87	3	9.68	31
17. คำตากล้า	2	3.51	31	54.39	24	42.10	57
18. อากาศอำนวย	9	7.69	107	91.45	1	0.86	117
รวม	58	5.98	832	85.77	80	8.25	970

ตารางที่ 14

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามการดูแลช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน
ในแต่ละอำเภอ (ต่อ)

อำเภอ	ไม่ได้		ได้		ไม่ลงรายละเอียด		รวมผู้ป่วย ทั้งหมด
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เมือง	5	3.70	129	95.56	1	0.74	135
2. กุดบาก	2	14.29	12	85.71	-	-	14
3. กุสุมาลย์	4	7.14	52	92.86	-	-	56
4. เต่างอย	1	12.50	7	87.50	-	-	8
5. โคกศรีสุพรรณ	1	2.63	24	63.16	13	34.21	38
6. โพนนาแก้ว	4	6.67	56	93.33	-	-	60
7. เจริญศิลป์	3	10.35	26	89.66	-	-	29
8. ส่องดาว	-	-	7	100.00	-	-	7
9. ภูพาน	4	11.11	32	88.89	-	-	36
10. นิคมน้ำอุ่น	-	-	12	92.31	1	7.69	13
11. วานรนิวาส	10	18.52	44	81.48	-	-	54
12. วาริชภูมิ	4	6.45	58	93.55	-	-	62
13. สว่างแดนดิน	11	12.09	79	86.81	1	1.10	91
14. พังโคน	-	-	35	97.22	1	2.78	36
15. พรรณานิคม	5	3.97	110	87.30	11	8.73	126
16. บ้านม่วง	-	-	29	93.55	2	6.45	31
17. คำตากล้า	2	3.51	54	94.74	1	1.75	57
18. อากาศอำนวย	15	12.82	100	85.47	2	1.71	117
รวม	71	7.32	866	89.28	33	3.40	970

ส่วนที่ 3 การศึกษาการล่ำนโซ่ กักขังผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ำนโซ่ กักขัง ในจังหวัดสกลนครพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตถูกล่ำนโซ่ กักขัง ร้อยละ 4.23 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด โดยถูกล่ำนโซ่ในอำเภอรอบนอกเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 92.68 และอำเภอที่ไม่มีการล่ำนโซ่ กักขังผู้ป่วยเลยได้แก่ อำเภอส่องดาว นิคมน้ำอูนและพังโคน

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ำนโซ่ กักขัง ในแต่ละอำเภอ พบว่า 5 อำเภอแรกที่จำนวนผู้ป่วยโรคจิต ถูกกักขังมากที่สุด ได้แก่ อำเภออากาศอำนวย 8 ราย วาริชภูมิ 6 ราย พรรณานิคม 5 ราย โพนนาแก้ว 3 ราย และวานรนิวาส 3 ราย สว่างแดนดิน 3 ราย และอำเภอเมือง 3 ราย (อันดับที่ 4 มีจำนวนเท่ากัน 4 อำเภอ) เมื่อศึกษาร้อยละของการล่ำนโซ่ กักขัง ในแต่ละอำเภอโดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตที่สำรวจได้ในแต่ละอำเภอ พบว่าอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคจิตถูกล่ำนโซ่ กักขังมากที่สุดได้แก่ อำเภอเต่างอย ร้อยละ 12.50 วาริชภูมิ ร้อยละ 9.68 อำเภอกุศบาก ร้อยละ 7.14 อำเภอเจริญศิลป์ ร้อยละ 6.90 อำเภออากาศอำนวย ร้อยละ 6.84 ดังตารางที่ 15 และ 16

ตารางที่ 15

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ำนโซ่ กักขัง และที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ำนโซ่ กักขัง

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การล่ำนโซ่ กักขังผู้ป่วย		
ไม่โซ่	886	91.34
โซ่	41	4.23
ไม่ระบุรายละเอียด	43	4.43
รวม	970	100
ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ำนโซ่ กักขัง		
อำเภอเมือง	3	7.32
อำเภอรอบนอก	38	92.68
รวม	41	100

หมายเหตุ อำเภอที่ไม่มีการล่ำนโซ่ ได้แก่ อำเภอส่องดาว นิคมน้ำอูน พังโคน

ตารางที่ 16

จำนวนผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามโซ่ กักขัง และร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามโซ่ กักขังในแต่ละอำเภอ

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยโรคจิต		ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิต
	ทั้งหมด	ถูกล่ามโซ่ กักขัง	ที่ถูกล่ามโซ่ กักขัง
อากาศอำนวย	117	8 ราย	6.84
วาริชภูมิ	62	6 ราย	9.68
พรรณานิคม	126	5 ราย	3.97
โพนนาแก้ว	60	3 ราย	5.00
วานรนิวาส	54	3 ราย	5.56
สว่างแดนดิน	91	3 ราย	3.30
เมือง	135	3 ราย	2.22
กุสุมาลย์	56	2 ราย	3.57
เจริญศิลป์	29	2 ราย	6.90
กุตบัก	14	1 ราย	7.14
เต่างอย	8	1 ราย	12.50
โคกศรีสุพรรณ	38	1 ราย	2.63
ภูพาน	36	1 ราย	2.78
บ้านม่วง	31	1 ราย	3.23
คำตากล้า	57	1 ราย	1.75
ส่องดาว	7	-	-
นิคมน้ำอูน	13	-	-
พังโคน	36	-	-
รวม	970	41 ราย	4.23

เมื่อมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเป็นครั้งแรกญาติจะส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายหลังการจำหน่ายญาติมีความรู้สึกที่ดีมารับผู้ป่วยกลับไปดูแล เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก ญาติจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว บางคนไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เสพสารเสพติดของมึนเมา จึงทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ อาจจะมีอาละวาดทำร้ายญาติ หรือทำให้ชาวบ้านละแวกใกล้เคียงเดือดร้อน ทำให้ญาติเกิดความหวาดกลัว หรืออับอาย จึงคิดหาวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่อาละวาด ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น โดยนำผู้ป่วยไปล่อขังไว้ในสถานที่ที่คิดว่าจะทำให้ตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวปลอดภัย และช่วยให้มีอาการสงบลง ญาติสามารถที่จะทำงานและพักผ่อนได้ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2544)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ พบว่าได้มีการศึกษาระบาดวิทยาโรคจิต หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และในโรงพยาบาล แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาในเรื่องผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนครมาก่อนมีเพียงการรายงานสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยโรคจิต ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐเท่านั้น แต่ยังมีผู้ป่วยโรคจิตอีกบางส่วนที่มีอาการ แต่ยังไม่ได้รับการรักษา หรือถูกล่อขังในชุมชน ในการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการดำเนินงานด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษา พันฟูสมรณะแก่ผู้ป่วยโรคจิตหรือประชาชนต่อไป

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต และศึกษาการถูกล่ามโซ่ กักขังของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลจากแบบสำรวจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตที่ติดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจำนวน 20 คน ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ผู้ป่วยโรคจิตที่อาการดีแล้ว หรือญาติผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อสม. เพื่อนบ้าน ที่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้ (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้) ใช้เวลาในการสำรวจ 6 เดือนตั้งแต่ 1 กันยายน 2542 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2543 โดยทำการสำรวจเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่อาศัยในจังหวัดสกลนครขณะทำการสำรวจ และเป็นผู้ป่วยโรคจิตที่แพทย์หรือจิตแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคจิต หรือถ้าเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยพบแพทย์ และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในแต่ละระดับ สงสัยว่าอาจจะเป็นโรคจิต ให้ใช้แบบคัดกรองโรคจิตของอภิชัย มงคลและคณะ (2543) หากมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็ให้สำรวจข้อมูลเช่นกัน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ระดับจังหวัดให้ทราบถึงวัตถุประสงค์รายละเอียดในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้เป็นศูนย์กลางในการประสานงาน กับเครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ให้เก็บรวบรวมข้อมูลให้และส่งกลับมาที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับเขตโดยสรุปแล้วมีหน่วยงานที่ส่งข้อมูลจากการสำรวจกลับมายัง เครือข่ายระดับเขต ดังนี้ โรงพยาบาลสกลนคร 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 16 แห่ง สถานีอนามัย 126 แห่งคิดเป็นร้อยละ 76.4 ของสถานีอนามัยทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS/PC⁺ สำหรับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต และการถูกล่ามโซ่ ใช้สถิติเชิงบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตจากการสำรวจในครั้งนี้ 970 คน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต ส่วนใหญ่ อยู่ในความรับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอร้อยละ 69.58 รองลงมาอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 24.54 ผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอเมืองร้อยละ 13.92 รองลงมา อำเภอพรรณานิคม และอำเภออากาศอำนวยร้อยละ 12.98 และ 12.06 ตามลำดับ ในการศึกษาเรื่องเพศ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65.88 มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี ร้อยละ 31.13 รองลงมาอยู่ในช่วง 35-44 ปี ร้อยละ 24.43 จบการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 69.70 สถานภาพสมรสโสดร้อยละ 59.48 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 23.30 เมื่อศึกษาเพศของผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคจิตเพศชายมากที่สุด 5 อำเภอแรก ได้แก่ อำเภอเต่างอย, นิคมน้ำอุ่น, ภูพาน, วาริชภูมิ และ เจริญศิลป์ คิดเป็นร้อยละ 87.50, 84.62, 83.33, 74.19 และ 72.41 ตามลำดับ 5 อำเภอแรกที่มีผู้ป่วยโรคจิต เพศหญิงมากที่สุดได้แก่ อำเภอมโนวิสัย, สว่างแดนดิน, ส่องดาว, คำตากล้า และพังโคน คิดเป็นร้อยละ 46.30, 43.82, 42.86, 42.11 และ 41.67 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1, 2, 3 และ 4)

2. การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร

2.1 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ป่วยมานาน 1-5 ปี ร้อยละ 27.53 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 19.18 ระยะเวลาป่วยต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 60 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 11.32 (S.D. 9.68) ในด้านการเคยรับการรักษามาก่อนหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าเคยรักษา ร้อยละ 86.29 สำหรับโรงพยาบาลที่เคยได้รับการรักษาที่ผ่านมาเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ มากกว่า 1 แห่ง ร้อยละ 30.72 รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ร้อยละ 21.34 การรับประทานยา ของผู้ป่วยในปัจจุบัน (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) พบว่ายังรับประทานยาอยู่ร้อยละ 64.23 รองลงมาไม่ได้ รับประทานยาร้อยละ 27.63 ลักษณะการรับประทานยาในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา รับประทานยาทุกวันร้อยละ 49.07 รองลงมาไม่รับประทานยาเลยร้อยละ 27.63 และรับประทานยาเมื่อมีอาการร้อยละ 10.10 สำหรับ สาเหตุของการไม่รับประทานยาพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา ร้อยละ 6.70 รองลงมา ไม่มีอาการ / หยุดยาเอง ร้อยละ 6.39 ไม่มีเงินค่ายา ร้อยละ 4.74

ในการศึกษาอาการทางจิตขณะทำการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่ อาการทางจิตส่งร้อยละ 77.11 ไม่ส่งร้อยละ 17.11 โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในปัจจุบัน (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ร้อยละ 22.47 โรงพยาบาลอื่นๆ หมายถึง โรงพยาบาลในจังหวัดสกลนคร หรือโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้ ร้อยละ 15.88 และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นร้อยละ 14.64 จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา) ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ร้อยละ 83.51 รองลงมาเคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 8.76 ผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 85.77 สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 52.16 รองลงมาประกอบอาชีพไม่ได้ร้อยละ 44.23 ประเภทของอาชีพที่ผู้ป่วยโรคจิตทำได้แก่ เกษตรกร ร้อยละ 33.61 รองลงมาอาชีพรับจ้างร้อยละ 5.88

เมื่อทำการศึกษาการช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 89.28 (ดังตารางที่ 5)

2.2 การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร โดยจำแนกตามอำเภอ

เมื่อทำการศึกษาเรื่องเคยรับการรักษามาก่อนหรือไม่ในแต่ละอำเภอ พบว่า 2 อำเภอ ที่ผู้ป่วยโรคจิตเคยรับการรักษาทั้งหมด คือ อำเภอส่องดาว และนิคมน้ำอูน คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมาได้แก่ อำเภอ คำตากล้า พังโคน บ้านม่วง และอำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 94.74, 94.44, 93.55 และ 92.59 ตามลำดับ สำหรับอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคจิตจากการสำรวจได้ และไม่เคยรับการรักษามาก่อนเลย ส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอโพนนาแก้ว เจริญศิลป์ สว่างแดนดิน วาริชภูมิ กุสุมาลย์ คิดเป็นร้อยละ 25.00, 20.69, 16.48, 16.13 และ ร้อยละ 16.07 ตามลำดับ จากการศึกษาถึงโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยโรคจิตรับการรักษาในปัจจุบัน (1 ปีที่ผ่านมา) เมื่อจำแนกตามอำเภอพบว่า 5 อำเภอแรกที่มีผู้ป่วยโรคจิตมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นมากที่สุด คือ อำเภอเจริญศิลป์ พังโคน วาริชภูมิ บ้านม่วง สว่างแดนดิน ร้อยละ 41.38, 30.56, 29.63, 29.03 และ 28.57 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคจิตมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมมากที่สุด 5 อำเภอแรก ได้แก่ อำเภอส่องดาว นิคมน้ำอูน เต่างอย เมืองและโคกศรีสุพรรณ คิดเป็นร้อยละ 42.85, 38.46, 37.50, 34.82 และ 31.58 ตามลำดับ

เมื่อทำการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตโดยจำแนกตามจำนวนครั้งที่เคยเข้าพักรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช (ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา) ของแต่ละอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่ตอบว่าไม่เคยเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยอยู่ในอำเภอโพนนาแก้ว กุดบาก วาริชภูมิ เมืองและเจริญศิลป์ คิดเป็นร้อยละ 93.33, 92.86, 92.59, 91.11 และ 89.66 ตามลำดับ เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 1 ครั้ง ได้แก่ อำเภอบ้านม่วง นิคมน้ำอูน ส่องดาว วาริชภูมิ และเต่างอย คิดเป็นร้อยละ 29.03, 15.38, 14.23, 12.90 และ 12.50 ตามลำดับ

ในด้านการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคจิตสามารถประกอบอาชีพได้หรือไม่ พบว่า 5 อำเภอแรกที่มีผู้ป่วยโรคจิตประกอบอาชีพได้เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ อำเภอกุสุมาลย์ บ้านม่วง อากาศอำนวย โพนนาแก้ว คำตากล้า คิดเป็นร้อยละ 62.50, 61.29, 57.26, 56.67 และ 54.39 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า อำเภอที่มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอ กุดบาก นิคมน้ำออน กุสุมาลย์ ภูพาน และโพนนาแก้ว คิดเป็นร้อยละ 100.00, 100.00, 98.21, 97.22 และ 93.33 ตามลำดับ ผลการศึกษากการดูแลช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิต พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอสองดาว พังโคน เมือง คำตากล้า บ้านม่วงและวาริชภูมิ คิดเป็นร้อยละ 100.00, 97.22, 95.56, 94.74, 93.55 และ 93.55 ตามลำดับ

3. การศึกษาการล่อลวง กักขังผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่อลวง กักขังในจังหวัดสกลนคร พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตถูกล่อลวงกักขัง ร้อยละ 4.23 ของผู้ป่วยโรคจิตที่สำรวจได้ทั้งหมด โดยถูกล่อลวงกักขังในอำเภอรอบนอกเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.68 และอำเภอที่ไม่มีการล่อลวงกักขังเลยได้แก่ อำเภอสองดาว นิคมน้ำออน และพังโคน เมื่อทำการศึกษาโดยจำแนกตามอำเภอพบว่าอำเภอที่มีผู้ป่วยถูกล่อลวง กักขัง มากที่สุดคือ อำเภออากาศอำนวย 8 ราย วาริชภูมิ 6 ราย พรรณานิคม 5 ราย โพนนาแก้ว 3 ราย วานรนิวาส 3 ราย สว่างแดนดิน 3 ราย และอำเภอเมือง 3 ราย แต่เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกล่อลวง กักขังโดยเปรียบเทียบ กับจำนวนผู้ป่วยโรคจิตในแต่ละอำเภอที่สำรวจได้ พบว่าอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคจิตล่อลวง กักขังมากที่สุด คือ อำเภอเต่างอย วาริชภูมิ กุดบาก เจริญศิลป์ และอำเภออากาศอำนวย คิดเป็นร้อยละ 12.50, 9.68, 7.14, 6.90 และ 6.84 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร พบผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 970 คน คิดเป็นร้อยละ 0.10 ของประชากร (ประชากรปี 2542 เท่ากับ 930,936 คน) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (อภิชัย มงคล และคณะ, 2543) ที่พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคจิต (Six months point prevalence) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ ร้อยละ 1.2 ทั้งนี้เนื่องจาก การศึกษาระบาดวิทยาโรคจิตลงสำรวจทุกบ้าน ซึ่งมีทั้งอาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรก แต่จากการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร เป็นการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตหรือผู้ป่วยที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับ (จังหวัด อำเภอ และตำบล) ที่ทำการสำรวจในครั้งนี้ สงสัยว่าเป็นโรคจิตและใช้แบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชัย มงคลและคณะ (2543) ทำการคัดกรองถ้ามีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปก็ทำการสำรวจ ซึ่งถือว่าเป็น

การสำรวจกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ประกอบกับมีหลายหน่วยงานไม่ส่งแบบสำรวจ กลับคืนมาอีกด้วยจึงทำให้ค่าความชุกของผู้ป่วยโรคจิตต่ำกว่าความเป็นจริง

เมื่อทำการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 65.88 และ 34.12 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 44 ปี ซึ่งในจำนวนนี้มีอายุระหว่าง 25-34 ปี จำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 31.13 รองลงมาคือช่วงอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 24.43 ส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.70 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 59.48 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม ตันติผลาชีวะ (2536) ในระบาดวิทยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุช่วง 22-40 ปี มากที่สุด นอกจากนี้จากการศึกษาของ นฤพร พงษ์คุณากร (2543) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และอธิบายได้จากสถิติของ American Psychiatric Associate (1994) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เกิดกับวัยรุ่นหรือวัยรุ่นหนุ่มสาว นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แอนเดอร์ส และคณะ ออลสันและแอนเดอร์ส (Anders, et al., 1997. Olson & Anders, 1997) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ศึกษาส่วนใหญ่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด อายุเฉลี่ยต่ำกว่า 40 ปี รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2543) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 44 ปี เรียนจบระดับประถมศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 83.8

เมื่อทำการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต โดยจำแนกตามอำเภอ พบว่า อำเภอ 5 อันดับแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด คือ อำเภอเมือง ร้อยละ 13.92 รองลงมา อำเภอพรรณานิคม ร้อยละ 12.98 อำเภออากาศอำนวย ร้อยละ 12.06 อำเภอสว่างแดนดิน ร้อยละ 9.39 อำเภอวาริชภูมิ ร้อยละ 6.39 ตามลำดับ และจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตอาศัยอยู่ในอำเภอรอบนอกมากที่สุด ร้อยละ 86.08 ซึ่งมีมากประมาณ 6 เท่าของผู้ป่วยที่อยู่ในอำเภอเมือง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13.92 จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตมีสถานที่อยู่อาศัยในอำเภอรอบนอกมากที่สุด ร้อยละ 79.1 หรือประมาณ 4 เท่า ของผู้ป่วยโรคจิตที่อยู่ในอำเภอเมือง

โดยสรุปแล้วอาจมองได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำ หรือมีความเกี่ยวข้องกับรายได้ การศึกษา และสถานที่อยู่อาศัยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โรคจิตเภท (เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีผู้เจ็บป่วยมากด้วยโรคนี้) พบมากในสังคมและเศรษฐกิจระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับเศรษฐกิจที่สูงกว่าจะพบน้อยกว่า โดยมีเหตุผลอธิบายว่า การที่อยู่ในสังคม เศรษฐกิจต่ำทำให้เป็นโรคจิตเภท (Social causation theory) ในทางตรงข้ามมีอีกเหตุผลหนึ่งอธิบายว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้คนๆ นั้นต้องสูญเสียรายได้ หน้าที่การงาน อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคจึงทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ มีรายได้ลดลง ยากจนลง จึงกลายเป็นผู้ที่อยู่ในสังคม เศรษฐกิจต่ำ (Social selection or drift theory) (Karno.M, Norquist. G, 1995)

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตที่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 65.88 และ ร้อยละ 34.12 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายอาจมีสาเหตุทำให้เกิดโรคจิตได้มากกว่าเพศหญิง ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคจิต ได้แก่ จากสารพิษ ดื่มสุรา หรือยาเสพติด อุบัติเหตุต่างๆ หรือปัญหาเศรษฐกิจ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2541) ซึ่งเพศชายอาจประสบปัญหามากกว่า เพราะเป็นผู้นำครอบครัว และหากพิจารณาระบาดวิทยาโรคจิตเภท (โรคจิตชนิดหนึ่งที่มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคนี้มาก) โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เช่นกัน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในด้านอายุของผู้ป่วยโรคจิตที่สำรวจได้ พบว่า ส่วนมากจะอยู่ในช่วงอายุ 15-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.50 ซึ่งสอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่านที่ได้สรุปไว้ในเอกสารทางวิชาการว่า โรคจิตเภท ส่วนใหญ่มักเริ่มเป็นโรคเมื่อมีอายุอยู่ระหว่าง 15-35 ปี ก่อน 10 ปี และ หลัง 40 ปี พบได้น้อยมาก (สมภพ เรืองตระกูล, 2533 ; วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ, 2536)

ในด้านการศึกษาสถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 59.48 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษา ของ Karno และ Norquist (1995) ซึ่งได้รายงานถึงความชุกของโรคจิตเภทเมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่ หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ รองลงมาคือ สถานภาพสมรสโสด ผลการศึกษาของผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร อาจแตกต่างในเรื่องการหย่าร้าง แยกกันอยู่ ซึ่งพบเพียงร้อยละ 3.92 ซึ่งน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสในกลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสังคมวัฒนธรรมของไทย ส่วนใหญ่ยังยึดถือหลักการครองเรือนแบบแต่งงานเพียงครั้งเดียว ไม่นิยมการหย่าร้าง จึงทำให้อัตราการหย่าร้างในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตที่สำรวจได้น้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงการกระจายของผู้ป่วยโรคจิตซึ่งอยู่ในอำเภอต่างๆ มากน้อยแตกต่างกันไป ทั้งนี้ เพื่อต้องการทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และจะได้นำไปวางแผนในการช่วยเหลือสนับสนุนให้เกิดการบริหารสุขภาพจิตและจิตเวชในอำเภอ ที่มีผู้ป่วยโรคจิตเป็นจำนวนมากต่อไป

จากการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนครพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตมีระยะเวลาที่เจ็บป่วย อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 27.53 เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีจุดเริ่มต้นของการเจ็บป่วย (onset) ในช่วงที่เศรษฐกิจประสบกับภาวะวิกฤต ซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาต่อตลาดแรงงาน ทำให้มีปัญหาการว่างงานตั้งแต่ปี 2540 และในปี พ.ศ. 2541 มีผู้ว่างงานเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2540 ถึง 2.6 เท่า จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ส่งผลให้ฐานะความเป็นอยู่ของประชาชนหรือรายได้ต่อหัวของประชากรลดลงถึง ร้อยละ 19.2 ในช่วงของการสำรวจรอบแรก เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ และลดลง ร้อยละ 24.8 ในช่วงของการสำรวจรอบที่ 3 ของปีเดียวกัน คือ เดือนสิงหาคม 2541 (กรมสุขภาพจิต, 2542) สิ่งเหล่านี้ มีผลต่อภาวะจิตใจของประชากรทั้งบุคคลที่ประสบเอง ครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นอันมากและสอดคล้องกับเอกสารทางวิชาการที่กล่าวว่า สาเหตุกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคจิต

เกิดได้จากหลายสาเหตุ ในจำนวนนี้สาเหตุที่สำคัญ คือ ปัญหาเศรษฐกิจ (กรมสุขภาพจิต, 2538 ; เกษม ตันติผลาชีวะ, 2541)

เมื่อทำการศึกษาในด้านผู้ป่วยโรคจิตที่สำรวจได้ เคยได้รับการรักษาหรือไม่ (หมายถึงการรักษาโดยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช หรือคลินิกต่างๆ) ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เคยรักษาถึงร้อยละ 86.29 มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 12.06 ซึ่งยังไม่ทำการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตอาจไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและมักปฏิเสธที่จะมารับการรักษา (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจไม่ดี ฐานะยากจนทำให้ไม่สามารถนำผู้ป่วยไปรักษาได้ ในด้านการศึกษาถึงโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยไปรับการรักษา ที่ผ่านมามีพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นร้อยละ 21.34 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมร้อยละ 14.95 (ไม่นับรวมที่ตอบว่ารักษามากกว่า 1 แห่ง ที่มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 30.72) ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดสกลนครมีภูมิประเทศใกล้เคียงกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และโรงพยาบาลนครพนม มากกว่าโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ จึงมีผู้ป่วยไปรับบริการที่ โรงพยาบาลจิตเวช ทั้ง 2 แห่ง เป็นจำนวนมาก

ในกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับการรักษามากกว่าครึ่งหนึ่งยังคงรับประทานยาโรคจิตร้อยละ 64.23 ไม่ได้รับประทานยา ร้อยละ 27.63 ซึ่งในจำนวนของการไม่ได้รับประทานยา มีสาเหตุมาจาก ไม่ยอมรับการรักษาร้อยละ 6.70 ไม่มีอาการหยุดยาเองร้อยละ 6.39 ไม่มีเงินค่ายา ร้อยละ 4.74 จากการสำรวจในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมามีครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างยังคงรับประทานยาทุกเดือน ร้อยละ 49.07 และผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการสงบร้อยละ 77.11 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่ที่รับบริการรักษาที่โรงพยาบาลในแต่ละแห่งจะมีบริการ การให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยถึงแนวทางการปฏิบัติตนขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีเรื่องความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาแก่ผู้ป่วยรวมอยู่ด้วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่วนในเรื่องของการขาดยานั้นก็สอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ พูลศิริและคณะ (2535) และภัทรา ธีรลาภ (2532) ซึ่งกล่าวถึงปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยเมื่อที่จะรับประทานยา มีอาการแพ้ยาจึงไม่ยอมรับประทานยา คิดว่าตนเองไม่ป่วยหรือหายจากอาการของโรคแล้ว เบื่อหน่ายและมีปัญหาเศรษฐกิจทำให้ไม่สามารถมารับยาได้

เมื่อทำการศึกษาโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาในปัจจุบัน (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) พบว่าผู้ป่วยจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมมากที่สุด ร้อยละ 22.47 รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ร้อยละ 14.64 ผลการศึกษาที่ได้ยังคงเป็น 2 โรงพยาบาลเช่นเดิมที่ผู้ป่วยไปรับบริการมากที่สุด เนื่องจากจังหวัดสกลนครมีพื้นที่ใกล้เคียงกับ จังหวัดนครพนม และจังหวัดขอนแก่น มากกว่าจังหวัดอื่นๆ แต่ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมามีผู้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมมากกว่าเดิม เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมเพิ่งเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยไม่นานมากนักและเมื่อมีผู้ป่วยไปรับบริการและมีการประชาสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง

จึงทำให้ผู้ป่วยไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลแห่งนี้มากกว่าโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเพราะระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ น้อยกว่าโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นมาก (ระยะทางจากจังหวัดนครพนมถึงจังหวัดสกลนคร 80 กิโลเมตร และระยะทางจากจังหวัดสกลนครถึงจังหวัดขอนแก่น 205 กิโลเมตร)

ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ มีผู้ดูแล ร้อยละ 85.77 เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์พฤติกรรม ความคิด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน บางครั้งไม่สามารถจะตอบสนองความต้องการของชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและมีผู้ดูแล นอกจากนั้นชุมชนจังหวัดสกลนคร เป็นสังคมแบบพื้นบ้าน มีวัฒนธรรมประเพณีลักษณะประคับประคอง ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยผู้ป่วยจึงมิได้ถูกทอดทิ้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญนันทน์ ขาวญีลปี่ และคณะ (2538) ได้ทำการศึกษารวบรวมการศึกษาค้นคว้าของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และความชุกของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตร้อยละ 96.4 มีผู้ดูแลขณะอยู่ในชุมชน และการศึกษาของอภิชาติ มงคลและคณะ (2543) ได้ทำการศึกษารวบรวม การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 53.1 ครอบครัวขยายร้อยละ 46.0 และอยู่คนเดียวร้อยละ 0.5

ในด้านการปฏิบัติตัวกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 89.28 นอกจากนี้ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 52.16 ประกอบอาชีพไม่ได้ ร้อยละ 44.23 ในจำนวนที่ประกอบอาชีพได้ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.61 รับจ้าง ร้อยละ 5.88 เนื่องจากชุมชนจังหวัดสกลนคร ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกรกรรม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคจิตสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถทำงานได้ จึงเป็นงานที่อยู่ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ มงคล และคณะ (2543) ที่ทำการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 53.3 และจากการศึกษาของ สินเงิน สุขสมปอง และคณะ (2542) ได้ศึกษาติดตามผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการรักษาจากกลุ่มงานโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ พบว่า ร้อยละ 53.4 สามารถประกอบอาชีพได้เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการให้ผู้ป่วยทำงานนั้น เป้าหมายสำคัญมิได้อยู่ที่การทำให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ แต่อยู่ที่เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การที่ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ โดยไม่ทำอะไรเหมือนกับเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง ความสับสนทางอารมณ์ก็จะตามมาทำให้เกิดการป่วยซ้ำขึ้นอีก (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2542)

ในการศึกษา การล่ามโซ่ กักขังผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่าทั้งจังหวัด ที่ทำการสำรวจมีผู้ป่วยล่ามโซ่ กักขัง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 4.23 ของผู้ป่วยโรคจิตที่ทำการสำรวจได้ ซึ่งจากผลการสำรวจที่ได้ในครั้งนี้เป็นข้อมูลที่สำคัญมากในการวางแผนดำเนินงานโครงการเพื่อปลดโซ่ตรวน ในผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามโซ่กักขัง ในปี พ.ศ. 2543 ต่อไป โดยพิจารณาลงโครงการนำร่องในอำเภอที่มีผู้ป่วย ถูกล่ามโซ่ กักขังเป็นจำนวนมากต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของผู้ป่วยโรคจิตที่อาศัยอยู่ในจังหวัด สกลนคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในการนำไปวางแผนดำเนินงานโครงการ ต่างๆ ทั้งในด้านส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน เช่น

- 1.1.1 คัดเลือกอำเภอนำร่องที่มีผู้ป่วยโรคจิตถูกล่ามโซ่ กักขังมาก และวางแผนการดำเนิน โครงการ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร ในปีงบประมาณ 2543 หรือในปีต่อไป
- 1.1.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคจิต และระบาดวิทยาโรคจิต ในอนาคต โดยเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งนี้
- 1.1.3 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้ความรู้แก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ตั้งแต่ ระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุข) ที่เกี่ยวข้องกับ ผลการสำรวจที่ได้ เช่น เรื่องการล่ามโซ่และผลเสียของการล่ามโซ่ที่มีต่อพยาธิสภาพ ของโรค การไม่รักษาผู้ป่วยโรคจิต ระบบการส่งต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชใกล้บ้าน ซึ่งผู้ป่วยและญาติไปรับบริการ ผลเสียของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ตลอดจนผลดี ของการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำงานประกอบอาชีพ หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
- 1.1.4 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้ป่วยโรคจิต ในแต่ละอำเภอ

- 1.1.5 ผลของการสำรวจในเรื่องการรักษาผู้ป่วยโรคจิตโดยจำแนกในแต่ละอำเภอจะช่วยให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับ ตื่นตัวปรับปรุงระบบงานการรักษาแก่ผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนเป็นแนวทางในการวางแผนให้ข้อมูลสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ในอำเภอต่างๆ เพื่อขยายบริการให้แก่ผู้ป่วยได้สามารถมาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน
- 1.1.6 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในชุมชนได้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่มีผู้ดูแลในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้างต่อไป

- 2.1 ควรมีการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดสกลนครทุก 5 ปี โดยอาจปรับปรุงจากแบบฟอร์มการสำรวจชุดเดิม เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมว่า การรักษาของผู้ป่วย อัตราการล่าช้า การประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวัน มีแนวโน้มดีขึ้นจากเดิมหรือไม่ ภายหลังการดำเนินงานเชิงรุกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
- 2.2 ควรมีการสำรวจผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามโซ่ กักขังในทุกๆ ปี เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือและประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละปี
- 2.3 ศึกษาปัจจัยที่ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตที่ถูกล่ามโซ่
- 2.4 ศึกษาทัศนคติของญาติผู้ป่วย สังคมหรือชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิต

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ของประเทศไทย (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2541.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2537.
- กรมสุขภาพจิต. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2538.
- _____ แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2543-2544). นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต, 2542.
- กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. เอกสารประกอบการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน Psychiatric Home care วันที่ 29-30 กรกฎาคม พ.ศ. 2542. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสราญรมย์, 2542.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. โรคจิตเภท. ใน : เกษม ดันติผลาชีวะ, อำพร โอตระกูล, นงพะงา ลิ้มสุวรรณ และ อัมพล สุอัมพันธ์ บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- _____ โรคจิตโรคประสาท. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บู๊คเบงค์, 2541.
- คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติเรื่องสุขภาพจิต. รายงานการวิเคราะห์สถานภาพปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2534.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม บรรณาธิการ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ยุทธินทร์การพิมพ์จำกัด, 2541.

- ชวนนท์ ขาญศิลป์, อภิชัย มงคล, ภัสรา เขษมรัฐโชติศักดิ์ และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและความทุกข์ของโรคจิต ณ บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2538.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- นงเยาว์ พูลศิริ, ธงชัย วัชรพินนง และ อุกฤษฏ์ พงศ์ศรีเพียร. การศึกษาประสิทธิภาพของยาริสเพอริโดนเปรียบเทียบกับยาฮาโลเพริดอล ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. นครราชสีมา : โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา, 2542.
- นฤพร พงษ์คุณากร. ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาระยะยาวในโรงพยาบาลจิตเวชกรุงเทพและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- ปรีชา อินทอ. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง ความสำคัญของการนิเทศงานกับการพัฒนางานสุขภาพจิต. ในการประชุมปฐมนิเทศงานกรมสุขภาพจิต ในคณะผู้ตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2539 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2538 โรงแรมหลุยส์ แทรเวอร์น, 2538.
- ประดิษฐ์ ต้นสุรัตน์. โรคจิตในสังคมปัจจุบัน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มัลลย์, 2538.
- ฝน แสงสิงแก้ว. 80 ปี ของจิตเวชในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาฯ, 2512.
- พทล วงศาโรจน์. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต : ยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติ. ใน : อุดม เพชรสังหาร และคณะ บรรณาธิการ. ประชาคมสุขภาพจิตอีสาน 41. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2541.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
- ไพลิน โพธิ์สุวรรณ, วัชนี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ. องค์ความรู้ที่ได้รับจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน. ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2544.
- ภัทรา อธิลาภ. การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สวิชาญการพิมพ์, 2542.

- มานิช หล่อตระกูล และสเปญ อุณนงค์. การรักษาด้านจิตใจ. ใน มานิช หล่อตระกูล และ
ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539.
- ยาใจ สิทธิมงคล. **ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต : วิเคราะห์รายงานการวิจัย**. วารสาร
พยาบาลศาสตร์. 13 (1), 2538.
- วัชนี หัตถพนม และคณะ. **ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น**.
ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2529.
- วิวัฒน์ ยถาภูธานนท์, พันธศักดิ์ วราอัสวปติ, อภิชัย มงคล และทวี ตั้งเสรี. **คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับ
แพทย์ทั่วไป**. ขอนแก่น : ศิริภณธ์ออฟเซ็ท, 2536.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. **รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น**. ประจำปีงบประมาณ
2543. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2543.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. **โครงการสัมมนาปีสุขภาพจิตโลก ปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยทางจิต 9 กรกฎาคม
2544**. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2544.
- ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล. **คู่มือการรักษาผู้ป่วยโรคจิตสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป**. ขอนแก่น :
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2537.
- สินเงิน สุขสมปอง, วันทนา สอนปาน และ วิภาวี เผ่ากันทรากกร. **การติดตามผู้ป่วยจิตเวชภายหลัง
รับการรักษาจากกลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน**. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 2542.
- สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. **กรอบการวิจัย การสาธารณสุข
พ.ศ. 2538 - 2539**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
- สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยู่ธยา, ชูติดย์ ปานปรีชา, พัทรินทร์ วณิชานนท์. **การตรวจสภาพจิตปัจจุบัน
ภาคภาษาไทย**. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 2535.
- สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อยู่ธยา. **ประวัติจิตเวชศาสตร์สากล**. ใน : เกษม ตันติผลาชีวะ และคณะบรรณาธิการ.
ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- สมภพ เรืองตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกรียงไกร แก้วฉวีรังษี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์, เขียวชัย งามทิพย์
วัฒนา. **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2533.
- สมภพ เรืองตระกูล. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2542.

- สมสกุล สุภัทรพันธุ์, นุชจรินทร์ โมระเสรี และ ศศิธร เดชะโกศยะ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. งานวิจัยกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, ศักดา กาญจนาวโรจน์กุล, วาณี หัตถพนม, ภัสรา เขษรโชติศักดิ์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ขอนแก่น, 2543.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : วิजे พรินต์ติ้ง, 2541.
- American Psychiatric Association. Appendix C : Glossary of technical term. In : **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington D.C. : APA, 1994.
- Anders et al. **Psychiatric Nursing : Biological and Behavioral Concepts**. Philadelphia : W : B. Saunders, 1997.
- Baker, A.F. Living with a Chronically ill Schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit : how family cope. *J.Psychosoc Nurs*. 1989.
- Fadden, G, Bebbington, P., and kuipers, L. The burden of care : the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br.J.Psychiatry*, 1987.
- Kaplan and Sadock. **Comprehensive Textbook of Psychiatry / VL**. Vol 1. 6th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
- Karno. M.,Norguist. G. Schizophrenia. In : Kaplan and Sadock eds. **Comprehensive Textbook of Psychiatry / VI**. Vlo 1. 6th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995.
- Michael D.J., Rajiv. T., Thomas. P.O. Psychosis and schizophrenia. In : David J.K., Michelle B.R., Thomas L.S. eds. **Primary Care Psychiatry**. Philadelphia : W.B.Saunders Company, 1997.
- Nancy C.A. and Donald W.E. : **Introductory Textbook of Psychiatry 1987**. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1991.
- Youssef, F.A. Discharge planning for psychaitric : the effects of a family patient teaching programmer. *Journal of Advanced Nursing*, 12 (5), 1987.
- World Health Organization, Regional for Europe. **The ICD - 10 Classification of Mental and behavioral Disorder : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Geneva : WHO, 1992.

ภาคผนวก

1. แบบสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน
2. แบบคัดกรองโรคจิตของ อภิชาติ มงคลและคณะ (2543)
3. สถานีอนามัยที่ไม่ได้ส่งข้อมูลสำรวจผู้ป่วยโรคจิต

แบบสำรวจผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน

คำชี้แจง

1. กรุณาเติมคำหรือกาเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง
2. ข้อมูลที่ได้รับจากการสำรวจครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน ลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำ ถูกทอดทิ้งหรือกักขังผู้ป่วยในชุมชน
3. การสำรวจครั้งนี้เป็นการสำรวจเฉพาะผู้ป่วย โรคจิตเท่านั้น
4. หากไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยที่สำรวจได้เป็นผู้ป่วยโรคจิตหรือไม่ ให้เขียนรายละเอียดไว้ในช่องหมายเหตุว่าไม่แน่ใจ พร้อมเหตุผลด้วย
5. ผู้ป่วยโรคจิตที่ท่านสำรวจเป็นผู้ป่วยโรคจิตเฉพาะที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่านเท่านั้นและยังคงมีชีวิตอยู่
6. หมายเหตุ ผู้ป่วยโรคจิต หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิต กรณีไม่แน่ใจให้ใช้แบบคัดกรองโรคจิตสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นโรคจิต

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของสถานที่สำรวจผู้ป่วยโรคจิต

1. สถานที่สำรวจ หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....
2. อยู่ในความรับผิดชอบของสถานีอนามัย.....ตำบล.....อำเภอ.....หรืออยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....
3. ผู้ป่วยโรคจิตในความรับผิดชอบของท่านที่ผ่านมาถึงแก่กรรม.....คน (1 ปี ย้อนหลัง)

ส่วนที่ 2

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิต

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	การศึกษา	สถานภาพ สมรส	ภูมิลำเนา (บ้านเลขที่/หมู่ที่)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

ส่วนที่ 3

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต

เป็นโรคจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ.	เคยรับการรักษาหรือไม่		ถ้าเคยรักษา รักษาที่ใดบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 แห่ง
	เคยรักษา	ไม่เคย	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเสด็จเยือนและการรักษาพยาบาล (ต่อ)

[illegible]

ส่วนที่ 3 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต (ต่อ)

อันดับ	ผู้ป่วยประกอบอาชีพได้หรือไม่		ผู้ป่วยถูกล่ามโซ่ หรือกักขังหรือไม่		ขณะสำรวจผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้หรือไม่		สาเหตุ
	ได้/อาชีพอะไร	ไม่ได้	ใช่	ไม่ใช่	ได้	ไม่ได้	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

แบบคัดกรองโรคจิต ของ อภิรักษ์ มงคล และคณะ (2543)

จงกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบเห็น

อาการที่พบเห็น	จากการสัมภาษณ์ญาติ	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. พูดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายมีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวเองออกจากสังคมไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่นๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		

อาการที่พบเห็น	จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		

คะแนนรวมทั้งหมด..... คะแนน

สถานีอนามัย ที่ไม่ได้ส่งข้อมูลสำรวจผู้ป่วยโรคจิต

อ.เมือง

1. สอ.ดอกแคน ต.หนองลาด
2. สอ.ดงมะไฟ ต.ขมิ้น
3. สอ.บ้านหนองลาดใต้ ต.หนองลาด

อ.กุศบาก

สอ.โพนงาม ต.นาม่วง

อ.วาริชภูมิ

สอ.ตาตั่ววง ต.คำบ่อ

อ.พังโคน

1. สอ.สุขเกษม ต.ไฮหย่อง
2. สอ.ม่วงไข่ ต.ม่วงไข่
3. สอ.โคกสะอาด ต.แร่
4. สอ.โพนสว่าง ต.ต้นผึ้ง
5. สอ.บ้านภูเงิน ต.ไฮหย่อง
6. สอ.ต้นผึ้ง ต.ต้นผึ้ง
7. สอ.บ้ายแร่ ต.แร่

อ.ภูปาน

สอ.บ่อเดือนห้า

อ.อากาศอำนวย

1. สอ.ดอนแดง ต.ท่าก้อน
2. สอ.ดอนบ่อ ต.ท่าก้อน
3. สอ.นายอเหนือ ต.อากาศ

อ.วานรนิวาส

1. สอ.อินทร์แปลง ต.อินทร์แปลง
2. สอ.หนองแวง ต.หนองแวงใต้
3. สอ.นาซอ ต.นาซอ
4. สอ.ทุ่งโพธิ์ ต.หนองสนม
5. สอ.ห้วยหิน ต.หนองแวง
6. สอ.หนองฮาง ต.ธาตุ
7. สอ.นาคำ ต.นาคำ
8. สอ.ข้าวเก่า ต.หัวเก่า
9. สอ.โคกแสง ต.กุสะคาม
10. สอ.วังเยียม ต.หนองแวงใต้
11. สอ.ดอนสาย ต.ดอนสวรรค์