

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

#### 2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

##### 2.1.1 ความหมาย

##### 2.1.2 กระบวนการการดูแลตนเอง

##### 2.1.3 ระบบการดูแลรักษาสุขภาพ

#### 2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

##### 2.2.1 ลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

##### 2.2.2 ลักษณะอาการของโรค

##### 2.2.3 การวินิจฉัยโรค

##### 2.2.4 การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

#### 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

##### 2.1.1 ความหมาย

การดูแลตนเองตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 305,315) หมายถึง การเอาใจใส่ต่อตัวเอง

การดูแลตนเองตามพจนานุกรมเว็บสเตอร์ (1996 : 173,1059) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำโดยตนเองหรือบุคคลอื่นด้วยความตั้งใจ เอาใจใส่ ระมัดระวัง และด้วยความรับผิดชอบ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงในอุทัย สุดสุข, 2535 : 9) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

Orem (1995 : 104) กล่าวถึงการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน

Agthoven and Plomp (1989 : 245) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองมีความหมายมากกว่า การปฏิบัติกิจกรรมทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย ความสำคัญของแนว

ความคิดการดูแลตนเองคือ บุคคลจะต้องมีแรงจูงใจ นั่นคือ บุคคลมีการรับรู้ว่าจะมีความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง และมีการตัดสินใจในการดูแลตนเอง

Dean (1989 : 117-118) ได้สรุปการนิยามการดูแลตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรกเป็นการนิยามการดูแลตนเองในลักษณะแคบว่าเป็นพฤติกรรมของสามัญชนที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของตน ซึ่งแตกต่างจากการดูแลทางการแพทย์ แนวความคิดในลักษณะแคบนี้ให้ความสนใจต่อการเจ็บป่วย แต่ไม่มีการบันทึกวิธีการรักษา ลักษณะที่สองเป็นการนิยามการดูแลตนเองในลักษณะกว้างถือว่าการดูแลตนเองเป็นเป้าหมาย และสามัญชนจะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น ไม่ใช่รอรับการดูแลหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว

Haug, Wykle and Namzi (1989 : 172) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองคือ การตัดสินใจในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามการรับรู้และประสบการณ์ การวินิจฉัยตนเองและการตัดสินใจต่อปฏิกิริยาของอาการ หรือการตัดสินใจไม่ทำอะไรเลย บ่อยครั้งการรักษาที่ดีที่สุดคือการมีเงื่อนไขข้อจำกัดในตนเอง หรือรูปแบบต่าง ๆ ของการรักษาตนเอง โดยปราศจากคำแนะนำทางการแพทย์ การตัดสินใจบางอย่างสามารถแสวงหาได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบางครั้งสามารถตัดสินใจร่วมกันได้ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในความพยายามริเริ่มดูแลตนเอง

Hill and Smith (1990 : 2) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นผลลัพธ์ของการกระทำโดยตรงต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายในจุดที่ควรสนใจ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก

Levin (1981 : 178) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลปฏิบัติด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและค้นหาโรค และการรักษาตนเองโดยใช้แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

Norris (1979 : 487) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการเช่นเดียวกับ Levin (1981) โดยกล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการของประชาชนและครอบครัวที่มีการริเริ่มมีความรับผิดชอบ และมีการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง

Gantz (1990 : 2) ในปี ค.ศ.1987 จากการประชุมของสถาบันการดูแลสุขภาพประกอบด้วยนักวิชาการ 6 สาขา คือ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสุขศึกษา นักสังคมวิทยา และนักสาธารณสุข นักวิชาการเหล่านี้ยอมรับว่าการดูแลตนเองมีความซับซ้อน ไม่สามารถให้คำนิยามได้สอดคล้องกัน หรือพัฒนาเครื่องชี้วัดว่ากิจกรรมอะไรบ้างที่ถือว่าเป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามนักวิชาการเหล่านี้มีความคิดเห็นตรงกันว่า การดูแลตนเองมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้คือการดูแลตนเองมีความเฉพาะเจาะจงตามสถานการณ์และวัฒนธรรม การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับความสามารถและการตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง การดูแลตนเองได้รับอิทธิพลมาจากความรู้

ทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจ ความเชื่อในอำนาจการควบคุม (Locus of Control) และสมรรถภาพ การดูแลตนเองมุ่งประเด็นที่ลักษณะของการดูแลสุขภาพภายใต้การควบคุมของตนเอง

จะเห็นว่าการดูแลตนเองถูกมองออกหลายลักษณะดังเช่น เป็นกระบวนการ พฤติกรรม กิจกรรม และเป็นผลลัพธ์ จากการให้ความหมายการดูแลตนเองดังกล่าวผู้วิจัยมองว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของการเจ็บป่วย ตั้งแต่เริ่มมีการรับรู้ถึงการผิดปกติทางจิต จนกระทั่งระยะกลับมารักษาตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป พจนานุกรมเวบสเตอร์ (1996) ให้ความหมายกระบวนการว่าเป็นการกระทำอย่างเป็นลำดับ โดยมีระยะของการดำเนินการตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งระยะที่มีการสิ้นสุดกระบวนการ การดำเนินการในกระบวนการมีการเปลี่ยนแปลงแบบต่อเนื่องเป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงใหม่หรือเกิดซ้ำได้ตลอดกระบวนการ ส่วนคำว่าดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยหรือญาติหรือบุคคลอื่น ๆ กระทำแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจ เอาใจใส่ รับผิดชอบ และด้วยความรับผิดชอบ ทั้งนี้โดยเชื่อว่าการกระทำนั้น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้นหายจากโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อสุขภาพ การมองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการซึ่งเป็นการมองแบบกว้าง ๆ เพราะภายใต้กระบวนการมีทั้งกิจกรรมหรือพฤติกรรม หรือเป้าหมายเกิดขึ้น ดังนั้น สรุปได้ว่า กระบวนการการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือญาติ หรือบุคคลอื่น ๆ กระทำให้แก่ผู้ป่วยในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจ เอาใจใส่ รับผิดชอบ และด้วยความรับผิดชอบ ทั้งนี้โดยเชื่อว่าการกระทำนั้น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น หายจากโรค และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย หรือผลเสียต่อสุขภาพ ตั้งแต่ระยะรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ จนกระทั่งระยะสิ้นสุดการเจ็บป่วย

#### 2.1.2 กระบวนการการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา ประสพการณ์ และอาศัยแนวคิดของ Chrisman (1977 cited by Chrisman and Kleinman, 1983) และ Kleinman (1980 cited by Chrisman and Kleinman, 1983) มาผสมผสานกัน สามารถจำแนกกระบวนการการดูแลตนเองออกเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะรับรู้ถึงการผิดปกติทางจิต 2) ระยะมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจนแก่ครั้งแรก 3) ระยะมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจนแก่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ภายในแต่ละระยะของกระบวนการการดูแลตนเองประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การให้คำจำกัดความอาการผิดปกติ (Symptom Definition)
- 2) การปรึกษาหารือกับบุคคลรอบข้าง (Lay Consultation)
- 3) การปรับเปลี่ยนบทบาท (Role Shift)
- 4) การรักษา (Treatment Action)
- 5) การปฏิบัติตามการรักษาและการประเมินผล (Adherence and Evaluation)

ในการเจ็บป่วยแต่ละครั้งขั้นตอนของการดูแลตนเอง ภายใต้กระบวนการการดูแลตนเองในแต่ละระยะไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นเพียง 5 ขั้นตอนและเป็นไปตามลำดับเท่านั้น แต่ในระหว่างการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล แต่ละขั้นตอนสามารถมีการกลับคืนซ้ำตามขั้นตอนทั้งหมดได้อีก เมื่อผู้ป่วยหรือบุคคลรอบข้างประเมินอาการเจ็บป่วยยังไม่ดีขึ้น หรือยังไม่ทุเลาหรือไม่พึงพอใจในการรักษาครั้งนั้น ก็จะแสวงหาการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ หรือเมื่อได้รับข้อมูลใหม่ ๆ จากบุคคลรอบข้างหลังจากมีการให้คำจำกัดความอาการผิดปกติ ขั้นตอนต่อไปอาจเกิดพร้อมกันทั้ง 3 ขั้นตอน คือ การปรึกษาหารือกับบุคคลรอบข้าง การปรับเปลี่ยนบทบาทและการรักษา หรือบุคคลอาจเลือกทางใดทางหนึ่ง

### 1. การให้คำจำกัดความอาการผิดปกติ

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างจะมีการตีความหมายของอาการผิดปกติว่าเป็นอาการของการเจ็บป่วยหรือไม่ ผู้ป่วยมีอาการของการเจ็บป่วยหรือยังตามความหมายทางวัฒนธรรมที่บุคคลเหล่านั้นมีอยู่ต่อการอธิบายอาการผิดปกตินั้น ๆ ขั้นตอนต่อไปผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างจะช่วยกันประเมินถึงสาเหตุของโรค

กิติกร มีทรัพย์ (2533) ได้จำแนกความเชื่อในเหตุของปัญหาสุขภาพจิตและวิกลจริตออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและวิกลจริต เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ (Supernatural) เป็นความเชื่อที่ว่าความไม่สบายใจต่าง ๆ จนถึงวิกลจริตหรือเป็นบ้าเกิดขึ้นจากผีทำ หรือบันดาลให้เป็นไป เนื่องจากประเพณีปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ชอบไม่ควร หรือประเพณีผิดคิดร้ายละเมิดข้อห้ามต่าง ๆ ของกลุ่มหรือของบ้านเมือง

2) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและวิกลจริต เกิดจากอำนาจอันผิดธรรมชาติ (Preternatural) เป็นอำนาจที่ซับซ้อนยากที่จะอธิบายด้วยเหตุผลเป็นอำนาจทางไสยศาสตร์ (Sorcery) เช่น ถูกของ ต้องคุณ ถูกน้ำมันพราย ถูกเสกหนังควายเข้าท้อง หรือเข็ม หรือตะปู ถูกกระทำฝังรอยต่าง ๆ โดยมีผู้อื่นเป็นผู้กระทำหรือกระทำเอง เนื่องจากมีของไสยศาสตร์เก็บไว้แต่ไม่มีคาถาที่จะควบคุมไว้ได้ ของนั้นจึงเข้าตนเอง บางคนเล่นเรื่องไสยศาสตร์มากเกินไปไม่อยู่ เกิดอาการเสียสติคลุ้มคลั่ง ร้อนวิชา หรือเศร้าโศก เชื่องซึม เรียกกันว่าวิกลจริตหรือบ้า เพราะธรรมแตก นอกจากนี้ยังมีอำนาจอันผิดธรรมชาติที่เกิดจากอำนาจของแรงบนบาน อำนาจของการกระทำของต้องห้าม (Taboo) เช่น แสดงอาการหมั่นแกล้ง ลบหลู่สิ่งศักดิ์สิทธิ์ อำนาจแห่งกรรมเก่า อำนาจแห่งยาสั่ง

3) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและวิกลจริต เกิดจากอำนาจธรรมชาติ (Nature) ไม่มีความซับซ้อนมากนัก เช่น เชื่อว่าเกิดจากความผันแปรไม่สมดุลของธาตุในร่างกาย เกิดจากสารเสพติด จากกรรมพันธุ์ จากความสูญเสีย พลัดพราก

นอกจากความเชื่อในสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตและวิกลจริตใน 3 ลักษณะนี้แล้ว Chrisman ยังมีความเห็นเพิ่มอีก 2 ลักษณะคือ การเจ็บป่วยเกิดขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีเชื้อโรค

เช่น เชื่อว่าเด็กท้องร่วงเพราะกินอาหารสกปรกที่มีเชื้อโรคปะปน และความเชื่อนี้เป็นพื้นฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่นเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค เช่น เชื่อว่าเด็กทารกท้องเดินเนื่องจากเปลี่ยนท่าเปลี่ยนยี่ห้อนม หรือแม่กินของหมักดอง

นอกจากนี้ ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างยังมีการกำหนดความเชื่อที่จะตัดสินใจว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยประเภทใด และจะทำการอย่างไรกับการเจ็บป่วย โดยมีการประเมินอย่างหยาบ ๆ ตามความหมายของวัฒนธรรมนั้น ๆ ว่าการเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบใดของร่างกาย (Chrisman and Kleinman, 1983)

## 2. การปรึกษาหารือกับบุคคลรอบข้าง

หลังจากที่มีการตีความหมายอาการผิดปกติว่ามีสาเหตุเกิดจากอะไร ตามความหมายทางวัฒนธรรมที่บุคคลเหล่านั้นมีอยู่ ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างอาจเลือกแหล่งรักษาเลย หรือมีการปรับเปลี่ยนบทบาท หรือไม่ก็เลือกปรึกษากับบุคคลรอบข้าง เพื่อยืนยันว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยหรือไม่ และบุคคลรอบข้างจะมีส่วนร่วมในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยวิธีการหลายอย่าง อาทิเช่น การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล การแนะนำเกี่ยวกับการรักษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การส่งต่อไปยังผู้มีความเชี่ยวชาญ หรือมีการช่วยเหลือด้านการเงิน การเลือกปรึกษาบุคคลรอบข้าง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการเจ็บป่วย ถ้าอาการเจ็บป่วยมีระดับเล็กน้อย จะมีเพียงสามีและภรรยาที่ดูแลอาการเจ็บป่วยซึ่งกันและกัน แต่ถ้าระดับอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น จะมีการขยายเครือข่ายการปรึกษากว้างขึ้น (Chrisman and Kleinman, 1983)

## 3. การปรับเปลี่ยนบทบาท

เมื่อมีอาการเจ็บป่วย การที่บุคคลจะเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วยนั้น บางคนยอมรับบทบาทผู้ป่วยแต่ไม่ยอมกินยาหรือรักษาอย่างจริงจัง บางครั้งบุคคลก็ไม่สนใจที่จะปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บไข้ของตน เพราะกลัวจะถูกกำหนดว่าเจ็บป่วย แต่หลีกเลี่ยงโดยการรักษาด้วยตนเอง หรือรักษาจากผู้ที่มิใช่แพทย์ การถูกกำหนดให้มีสถานภาพเป็นผู้ป่วย บางครั้งก็ไม่เป็นสิ่งที่ต้องการ เพราะเป็นการตีตราตามความหมายทางสังคมว่าเป็นคนที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ดังนั้น ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างจึงใช้เวลาส่วนหนึ่งในการประเมินอาการผิดปกติ จนกระทั่งยอมรับว่ามีอาการเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาจึงจะแสวงหาวิธีการรักษา (มัลลิกา มัติโก, 2534)

เมื่อผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด หรือวิชาชีพแพทย์ว่า “ป่วย” (Sick) จะต้องรับบทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมกำหนด 4 ประการคือ (มัลลิกา มัติโก, 2534)

- 1) ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วยและไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของเขา
- 2) ได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ที่ทํายู่เป็นการชั่วคราว
- 3) ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายเป็นปกติ
- 4) ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์และร่วมมือกับแพทย์เพื่อให้หายป่วยโดยเร็วที่สุด

จะเห็นว่า ในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากน้อยแตกต่างกันไป พฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่สามารถทำงานได้ กิจกรรมประจำวันเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกายเปลี่ยนไป การเรียนรู้ตกต่ำ และไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง เป็นต้น ญาติจะเป็นบุคคลที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งในด้านการให้กำลังใจ กระตุ้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการใช้ยา มาติดตามการรักษา และการสังเกตอาการเจ็บป่วยร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำบทบาทที่เคยทำในการดำรงชีวิตประจำวันได้เช่นเคย

#### 4. การรักษา

ตามปกติผู้ป่วยและครอบครัวจะมีการสังเกตอาการเจ็บป่วยอยู่เสมอ โดยมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากโรคภัย และป้องกันโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น จากการศึกษาของสุพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ (2533) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตพบว่า พฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยในชีวิตประจำวันได้แก่ ดูหมอ ผูกดวง ทำพิธีกรรมบวงสรวง สะเดาะเคราะห์ ทำบุญ และยกเว้นของเซล้าหรือข้อห้ามในท้องถิ่น

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การดูแลตนเองแต่ละคนจะแตกต่างกันไป เริ่มตั้งแต่เขารับรู้ความต้องการ เพื่อขอความช่วยเหลือจากใครก็ตามที่จะช่วยแก้ไขปัญห สุขภาพของเขา กระบวนการที่เกี่ยวกับสุขภาพมีลำดับขั้นตอนต่าง ๆ และมีการเคลื่อนไหวแบบพลวัตร คือ ระดับความเจ็บป่วยของมนุษย์มีได้หยุดนิ่งอยู่กับที่ มีการทรงตัว ทูเลา หรือกลับเป็นอีกก็ได้ การเลือกแหล่งรักษาหรือวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับความคาดหวังถึงผลที่จะได้รับว่าน่าจะเป็นวิธีที่ถูกต้อง สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อย และน่าจะสามารถบำบัดอาการของตนให้หายได้ (มัลลิกา มัติโก, 2534) ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างอาจมีการเลือกแหล่งรักษาในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ หรือไปรักษาที่แหล่งชุมชนอื่น การเลือกแหล่งรักษาและวิธีการรักษานอกจากจะคำนึงถึงผลที่ได้รับตามความคาดหวังแล้ว ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างยังเลือกแหล่งรักษาและวิธีการรักษาให้เหมาะสม ตามการประเมินอาการเจ็บป่วยว่ามีสาเหตุเกิดจากอะไร ระดับความรุนแรงของอาการมากน้อยแค่ไหน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานหรือยัง เมื่อตัดสินใจได้แล้วว่าจะทำอย่างไรกับการเจ็บป่วย อาจออกมาในลักษณะไม่ทำอะไรเลยในอาการที่เกิดขึ้น (No action) โดยรอดูอาการไปก่อน (Wait and see) เป็นการชะลอการรักษาเพื่อประเมินดูว่าอาการจะหายเองหรืออาการทูเลาหรือไม่ อันอยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจของชาวบ้าน หรือหาวิธีการรักษาอาการผิดปกติดด้วยวิธีการของตนเอง มีทั้งแบบไม่ใช้ยา (Non-medication self treatment) เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเปลี่ยนแปลงอาหาร การทำงานน้อยลง และการรับประทานอาหารพิเศษ เป็นต้น และแบบใช้ยา (Self medication) เป็นรูปแบบการรักษาที่พบได้ง่ายที่สุดของชาวบ้าน ยาที่ใช้ไม่ได้จำกัดเฉพาะยาแผนปัจจุบันเท่านั้น แต่รวมถึงยาพื้นบ้าน ยาสมุนไพรต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีการขอคำปรึกษาจากญาติ เครือข่ายทางสังคม

ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้วมีการประเมินผลการรักษาและตัดสินใจทำตามคำแนะนำที่ได้รับ (Dean, 1986; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2530)

ในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ผู้ป่วยบางรายยอมรับการเจ็บป่วย บางรายขาดการตระหนักต่อการเจ็บป่วยของตนเองจะปฏิเสธการเจ็บป่วย จึงเป็นหน้าที่ของญาติที่จะช่วยผู้ป่วยในการแสวงหาการรักษา การที่ผู้ป่วยและญาติจะเลือกแหล่งรักษาและวิธีการรักษาอย่างไรนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความเชื่อว่าการที่เขากำลังเป็นอยู่นั้นมีสาเหตุเนื่องมาจากอะไร เช่น หากเชื่อว่าผีทำ ผู้ป่วยและญาติอาจช่วยเหลือนตนเองก่อนด้วยการอัญเชิญออกไป โดยนอบน้อม เช่น ไหว้และขอขมาลาโทษที่ประพฤติมิชอบไปแล้ว หากผีไม่ออกผู้ป่วยและญาติก็จะไปหาหมอผีให้ช่วยขับไล่ หากเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจอันผิดธรรมชาติ เช่น ถูกของต้องคุณจะอาศัยหมอไสยศาสตร์ที่ชำนาญมาถอดถอน ล้างอาถรรพ์ ปัดรังควาญหรือสะเดาะเคราะห์ด้วยเวทย์มนต์ ซึ่งคนทั่วไปไม่อาจจะทำหรือผ่อนคลายเป็นได้ด้วยตนเอง (กิตติกร มีทรัพย์, 2533)

จากการศึกษาของ Fosu, (1995) พบว่า ผู้หญิง 1,000 คน ที่มีอาการผิดปกติทางจิตส่วนใหญ่จะแสวงหาการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลจิตเวช ผู้หญิงที่รับรู้สาเหตุของโรคจิตเกิดโดยธรรมชาติ หรือเกี่ยวกับความเครียด จะแสวงหาการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าผู้หญิงที่เชื่อว่าโรคจิตเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ส่วนผู้หญิงที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพจะแสวงหาการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สนใจต่อสุขภาพ ส่วนการศึกษาของ สุพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ (2533) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลความเชื่อในท้องถิ่นที่มีต่อบริการสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตพบว่า กลุ่มที่มีความเชื่อทางไสยศาสตร์จะมีความเชื่อว่า ไสยศาสตร์สามารถรักษาโรคทางกายและจิตได้ และเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากไสยศาสตร์หรือการทำผิดธรรมเนียมประเพณี นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการรักษาด้วยไสยศาสตร์ถ้าไม่ได้ผลเพราะทำไม่ถูกวิธี ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความเชื่อทางไสยศาสตร์เลย คิดว่าการทำบุญไม่สามารถป้องกันโรคได้ และการรักษาด้วยไสยศาสตร์ไม่ได้ผลเพราะไสยศาสตร์ไม่ใช่วิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิต

Killian and Killian (1990) ได้กล่าวถึงผลการศึกษาการใช้บริการด้านสุขภาพจิตพบว่า บุคคลชนชั้นสูงมีความเป็นไปได้มากที่จะแสวงหาการรักษาจากเจ้าหน้าที่จิตเวช ในขณะที่บุคคลชนชั้นต่ำจะแปลความอาการเจ็บป่วยทางจิตว่าเป็นผลมาจากความเกียจคร้าน การติดสุราหรือการเจ็บป่วยทางกาย ส่วนตัวแปรด้านการศึกษามีความสำคัญมากกว่าตัวแปรด้านรายได้ นั่นคือ ระดับการศึกษาสูงที่สุดจะใช้บริการด้านสุขภาพจิตมากที่สุดตามไปด้วย ส่วนการศึกษาของ Horwitz (1987 cited by Killian and Killian, 1990) ได้ศึกษาถึงความแตกต่างของรูปแบบการแสวงหาการรักษาระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่าเพศหญิงจะพูดถึงปัญหาด้านจิตใจมากกว่า และมีการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช การที่เพศหญิงมีการแสวงหาการรักษาเพื่อต้องการให้เกิดความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่จิตเวช ส่วนเพศชายจะใช้บริการของโรงพยาบาลจิตเวช เมื่อมีอาการทางจิตรุนแรงแล้ว และจากการศึกษาของ วิศกดิ์ สาดรา และคณะ (2524)

และ สุลล รุจิรพัฒน์ และคณะ (2533) พบว่า บุคคลที่ให้คำปรึกษาแนะนำแหล่งการรักษาคือ คนในครอบครัว

ปัญหาที่พบจากการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะมารักษาที่โรงพยาบาล จิตเวช อาจทำให้ไม่ทันการ ผู้ป่วยมีอาการแย่ง เรื้อรัง รักษายาก และเป็นอันตรายร้ายแรง (พัฒนา แก้ววิรัตน์ และคณะ, 2531) ซึ่งถ้าอาการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากความไม่สบายใจ ความวิตกกังวล ความเชื่อและความคาดหวังการรักษาพื้นบ้านสามารถรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าการเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากอาการของโรคจิต ควรได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช (Fosu, 1995; Finkler, 1981 cited by Helman, 1990)

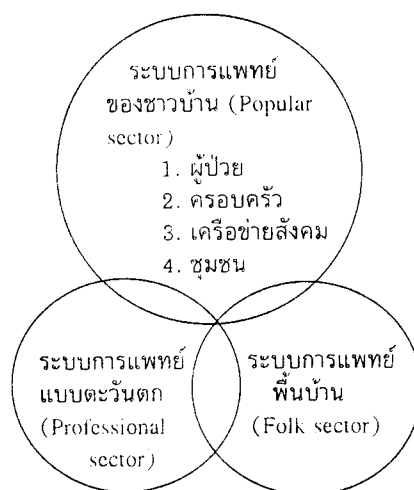
#### 5. การปฏิบัติตามการรักษาและการประเมินผล

จากการแสวงหาการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรักษาตนเอง การรักษากับหมอพื้นบ้าน แพทย์ฝ่ายกายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนั้น ผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน จะมีการประเมินผลการรักษาในแต่ละวิธีอยู่เสมอ โดยมีเกณฑ์ในการประเมินผลการรักษาคือ การรักษาด้วยวิธีนั้นทำให้อาการดีขึ้นหรือทุเลาหรือยัง มีวิธีการประเมินจากความพึงพอใจที่ได้รับว่าจะยังคงรักษากับหมอนั้นต่อไปหรือไม่ และจากประสบการณ์ในอดีตถ้าเคยประสบผลสำเร็จในการรักษา จะปฏิบัติตามการรักษาโดยมีการตัดสินใจแก้ไขปัญหาล้ำในอดีต แต่ถ้าการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นจะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตามการรักษา นอกจากนี้ยังประเมินถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา (Chrisman and Kleinman, 1983)

##### 2.1.3 ระบบการดูแลรักษาสุขภาพ

Kleinman (1980 cited by Chrisman and Kleinman, 1983) กล่าวว่า ระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมหนึ่ง ๆ เปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมซึ่งสามารถจำแนกกระบวนกรดูแลรักษาสุขภาพ (Health care system) ออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) ระบบการแพทย์ของชาวบ้าน (Popular sector) 2) ระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Professional sector) และ 3) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) โดยทั้ง 3 ส่วนนี้แม้ว่าจะสามารถแยกจากกันได้ แต่ก็มีความสัมพันธ์คาบเกี่ยวซึ่งกันและกัน โดยแต่ละส่วนจะมีวิธีการอธิบายและแก้ไขความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง ตั้งแต่การกำหนดว่าใครคือหมอ ใครคือคนไข้ จนถึงการจัดแจงขั้นตอนหรือกระบวนการเยียวยา (รูปที่ 2)





รูปที่ 2 แบบจำลองระบบการดูแลสุขภาพท้องถิ่นของ Kleinman (1980 cited by Chrisman and Kleinman, 1983)

### 1. ระบบการแพทย์ของชาวบ้าน (Popular sector)

ระบบการแพทย์ของชาวบ้าน (Popular sector) เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 4 ระดับคือ 1) ผู้ป่วย 2) ครอบครัวผู้ป่วย 3) เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย และ 4) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน เป็นส่วนที่ริเริ่มกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ชาวบ้านมีการเลือกใช้การบำบัดที่มีทั้งหมดมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่น การรักษาตนเอง รวมทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยารักษาตนเอง การใช้สมุนไพร การงดอาหาร การนวด การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำพิธีทางศาสนาหรือทางไสยศาสตร์ การสวดมนต์ การได้รับคำแนะนำจากญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน การปรึกษาบุคคลที่มีประสบการณ์และการช่วยเหลือกัน นอกจากมีการรักษาอาการเจ็บป่วยแล้ว ยังมีการป้องกันและบำรุงรักษาสุขภาพอีกด้วย (มัลลิกา มัติโก, 2534) เช่น การศึกษาของสุพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ (2533) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเชื่อด้านไสยศาสตร์พบว่า พฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ดูหมอ ผูกดวง ทำพิธีกรรม บวงสรวง สะเดาะเคราะห์ ทำบุญ และยกเว้นของขบถหรือข้อห้ามในท้องถิ่น การดูแลสุขภาพในส่วนนี้จะเกิดขึ้นจากครอบครัว จะได้รับการยอมรับและการรักษา ซึ่งถือว่าเป็นส่วนที่มีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นจริง ๆ ในสังคม และมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพ ถ้าอาการเจ็บป่วยไม่หายหรืออาการไม่ทุเลา จะเข้าสู่การรักษาในระบบการแพทย์พื้นบ้าน หรือระบบการแพทย์แบบตะวันตก หรือมีการรักษาทั้ง 2 ระบบ ควบคู่กันไป แล้วแต่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ การรักษาในทั้ง 3 ระบบนี้ ผู้ป่วยอาจมีการกลับไปมาในการรักษา ถ้าอาการไม่สบายหรือความทุกข์ทรมานด้านจิตใจไม่ลดลง (Helman, 1990: Chrisman and Kleinman, 1983)

เมื่อชาวบ้านตัดสินใจก้าวออกจากบริบทการรักษาของตนเอง โดยเข้าสู่การรักษาทางวิชาชีพหรือแบบหมอพื้นบ้าน วิธีคิดและการตัดสินใจในการเลือกจะอยู่บนฐานการพิจารณาด้วยระบบความคิดของชาวบ้านด้วยการตัดสินใจว่า เมื่อใดควรจะไป (ถึงเวลาที่จะไป) ขอความช่วยเหลือและจากใคร สมควรจะปฏิบัติตามข้อเสนอแนะเหล่านั้นหรือไม่ เมื่อใดควรจะเปลี่ยนวิธีการรักษา รวมทั้งวินิจฉัยการตัดสินใจว่า การรักษาถูกต้องหรือไม่ เขาพอใจในประสิทธิภาพการรักษาหรือไม่ ระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของชาวบ้าน จึงทำหน้าที่เป็นทั้งแหล่งเยียวยาและตัวกำหนดวิธีการเยียวยารักษาที่สำคัญที่สุด (มัลลิกา มัติโก, 2534) ดังตัวอย่างการศึกษาของวิศกดิ์ สาตรา และคณะ (2524) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชกับการรักษาทางไสยศาสตร์ พบว่า ครอบครัวจะพาผู้ป่วยไปรับการรักษาทางไสยศาสตร์ เป็นแห่งแรกกับหมอน้ำมนต์ และเลือกวิธีการรักษาอื่นร่วมด้วย เมื่อการรักษาทางไสยศาสตร์ไม่ได้ผล จะไปขอรับการรักษาจากสถานบริการ ทั้งของราชการและเอกชน หรือซื้อยาจากร้านขายยา เช่นเดียวกับการศึกษาของสุพล รุจิรพัฒน์ และคณะ (2533) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก ส่วนใหญ่ไปรักษาทางไสยศาสตร์ เพราะมีความเชื่อและคนในครอบครัวเป็นผู้แนะนำเป็นส่วนใหญ่

## 2. ระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Professional sector)

ระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Professional sector) เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีกฎหมายของวิชาชีพ ไม่ได้หมายถึงแพทย์เพียงวิชาชีพเดียว แต่ยังรวมทั้งวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ มีการปฏิบัติที่ใช้วิทยาการทางการแพทย์ขั้นสูง (พิมพลีย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530; Helman, 1990)

## 3. ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector)

ระบบการแพทย์พื้นบ้านไทยประกอบขึ้นจากระบบการแพทย์ย่อย ๆ ที่สังคมไทยได้สังเคราะห์ขึ้น และรับการถ่ายทอดมาสั่งสมไว้ตลอดประวัติศาสตร์ของชนชาติไทย การทำความเข้าใจต่อระบบการแพทย์พื้นบ้านของไทยนั้น สามารถทำความเข้าใจได้จากรากเหง้าแห่งวัฒนธรรมดั้งเดิม 3 กระแส ได้แก่ วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผี วัฒนธรรมพราหมณ์และพุทธศาสนา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533)

การแพทย์พื้นบ้านหมายถึง ระบบและแบบแผนการดูแลสุขภาพ ยามเจ็บป่วยด้วยวิธีการแบบพื้นบ้าน โดยอาศัยหมอพื้นบ้าน (Traditional healer) และผู้รู้ในหมู่บ้านเป็นผู้ดูแลรักษาโรค การแพทย์พื้นบ้านเป็นการรักษาโรคแบบองค์รวม (Holistic approach) โดยมีความเชื่อว่า สุขภาพที่ดีเป็นภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย อีกทั้งมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วย เทคนิคและประสบการณ์การรักษาโรคแบบพื้นบ้าน ได้รับการสืบทอดจากคนรุ่นก่อน ผลที่เกิดขึ้นมีเพียงแก้ปัญหาทางกายและทางจิตใจของผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีผลต่อความปกติสุขของชุมชนด้วย นับได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกหนึ่งของชุมชนในการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย โดยการพึ่งพาทรัพยากรในชุมชน อาศัยความร่วมมือระหว่างบุคคลในชุมชน และเป็นประสบการณ์ที่ได้ผลปลอดภัย และราคาเยาอันจะ

นำไปสู่การพึ่งตนเองด้วยสุขภาพอนามัยในระดับครอบครัว และชุมชน (ปริญดา เทอดชูชีพ, 2535) จากการศึกษาศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุข กรณีศึกษาจังหวัดยโสธร พบว่า การให้บริการเป็นลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม ผู้ป่วยที่มารับบริการร้อยละ 81.6 มาเพราะศรัทธาในตัวหมอและผู้ปวยร้อยละ 33 มีฐานะยากจน (อัญชลี อินทนนท์, 2536)

การแพทย์พื้นบ้านเป็นการอาศัยความศรัทธา จึงควรนำมาประยุกต์ใช้กับการแพทย์แผนปัจจุบันให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มวัย จุดอ่อนของการแพทย์พื้นบ้านคือ การตรวจสอบไม่มีหลักฐานอะไรมาบอก ซึ่งต่างจากวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจน ทำให้แพทย์แผนปัจจุบันทำอะไรได้มากกว่าการแพทย์แผนไทย จึงละเลยที่จะพัฒนารากเหง้าเดิมของท้องถิ่นให้ทันสมัยตามไปด้วย อย่างที่เรียกว่า ทันสมัยแต่ไม่พัฒนา ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณมหาศาลในการซื้อยาและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ทำให้ประชาชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสูงและอาจถูกหลอกลวงหรือฉกฉวยโอกาสจากผู้แสวงประโยชน์ในเชิงพาณิชย์อีกต่างหาก เป็นการทำลายภูมิปัญญาของเผ่าพันธุ์ทางอ้อม ให้ประชาชนพึ่งพาตนได้น้อยลง (จิรวรรณ หัสโรค์, 2538) จากเอกสารต่าง ๆ ได้ให้ข้อเสนอแนะถึงการแพทย์พื้นบ้าน สามารถรักษาอาการผิดปกติทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้ามีอาการเกิดจากความวิตกกังวล ความเชื่อและความคาดหวังของผู้ป่วย ในทัศนะสาเหตุทางสังคม แต่ไม่ได้หมายความว่า การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาอาการผิดปกติทางจิต แต่เนื่องจากการแพทย์พื้นบ้านมีการรักษาด้านจิตใจมาก่อนที่จะมีการให้บริการทางจิตเวช ดังนั้นมีความจำเป็นที่จะต้องผสมผสานการรักษาจิตบำบัดแบบพื้นบ้าน กับการปฏิบัติการทางจิตเวชในการรักษาอาการผิดปกติทางจิต (Fosu, 1995) อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2536) ได้กล่าวไว้ว่า ในสังคมไทยภูมิปัญญาด้านการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง สะสมถ่ายทอดมายาวนาน และมีลักษณะเฉพาะท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การนวดหรือการบำบัดรักษาทางจิต เช่น การรดน้ำมันต์ การทำบุญ การทำสมาธิ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสิ้น ในสถานการณ์ด้านสุขภาพเช่นนี้ ควรมีการแก้ไขปัญหสุขภาพให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม

ในปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้านและวิธีการดูแลรักษาโรคแบบพื้นบ้านของชาวบ้าน ได้ลดความนิยมลงไป แต่ยังเป็นที่พักของประชาชนอยู่ไม่น้อย มีการคาดการณ์ว่าในประเทศไทยมีหมอแผนโบราณที่มีได้ขึ้นทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุขและหมอพื้นบ้านไม่น้อยกว่า 60,000-120,000 คน (ปริญดา เทอดชูชีพ, 2535)

การให้บริการทางการแพทย์แผนใหม่ ไม่สามารถกระจายไปรับใช้ชาวบ้านได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ภายใต้นโยบายของรัฐในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 จึงมีการฟื้นฟูพัฒนาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นทางเลือกทางหนึ่งสำหรับการพัฒนาสาธารณสุขมีการตั้งอายุรเวทวิทยาลัยเพื่อสอนวิชาการแพทย์แผนโบราณ สถานที่ตั้งอยู่วัดบวรนิเวศ (สำรวย ทรัพย์เจริญ, 2530) จนกระทั่งปีพุทธศักราช 2536 ได้ตั้งเป็นสถาบันการแพทย์แผนไทย สังกัดกรมการแพทย์ (เกรียงศักดิ์ ลางคุลานนท์, 2538)

### หมอฟันบ้าน

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2533) ได้จำแนกประเภทของหมอฟันบ้านออกเป็น 4 ระบบ ดังนี้

#### 1) การแพทย์แบบประสบการณ์

เป็นกระบวนการพื้นฐานที่สุดและดั้งเดิมที่สุดในการแสวงหาทางออกแก้ปัญหาสุขภาพ เป็นการสั่งสมประสบการณ์การเชี่ยวชาญรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยที่รู้จักกันโดยทั่วไป จะรักษาด้วยยากลางบ้าน โดยทั่วไปมักจะใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในครัวเรือน นอกจากนี้ยังมีแบบแผนการปฏิบัติตัวเฉพาะที่เป็นข้อห้ามในภาวะการเจ็บป่วยหนึ่ง ๆ หรือแม้แต่ในช่วงสำคัญของชีวิตจะมีการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามข้อห้าม เช่น ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ห้ามอาหารหวานอาหารมัน ห้ามมิให้ไปดูคนอื่นคลอด หลังคลอดให้อยู่ไฟ ให้กินข้าวกับเกลือ ฯลฯ เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนเกินกว่าที่ชาวบ้านจะรักษาตนเองได้ จะมีหมอฟันบ้านเป็นผู้รักษา ซึ่งได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ หรือไปขอศึกษาจากหมอที่มีความสามารถ

#### 2) การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ

ได้รับอิทธิพลวัฒนธรรมจากพราหมณ์ มีความเชื่อว่าอำนาจเหนือธรรมชาติสามารถดลบันดาลให้สิ่งต่าง ๆ อุบัติขึ้น ผีหรือวิญญาณศักดิ์สิทธิ์เหล่านี้ ทำหน้าที่คอยปกป้องคุ้มครองให้สรรพสิ่งดำเนินไปตาม “ครรลอง” ที่ถูกต้อง โดยจะทำโทษผู้ที่ทำการละเมิด หรือลบหลู่อำนาจศักดิ์สิทธิ์ หรือกฎเกณฑ์แห่งความถูกต้องที่สังคมนับถือ เมื่อพิจารณาการรักษาโรคด้วยวิธีการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ ที่มุ่งไปที่การจัดระเบียบทางสังคมให้อยู่ในจารีตและครรลองที่เหมาะสม จะมีกุศโลบายที่แยบคาย การรักษาพยาบาลมีการเช่นไหว้บูชาผีแล้ว ยังมีการรักษาด้วยหมอผี หรือหมอธรรมที่รักษาโรค อันเกิดจากผีกระทำ โดยการกำราบหรือปราบผีด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การใช้เวทย์มนต์คาถาอาคมต่าง ๆ การรด ประพรม หรืออาบน้ำมนต์ การเขียนดีด้วยหว่าย การสักด้วยไฟลเสก การผูกด้วยสายสิญจน์ เพื่อขับไล่ให้ผีหรือวิญญาณที่เข้าสิงออกจากร่างไป

#### 3) การแพทย์แบบโหราศาสตร์

เป็นการรักษาตามวัฒนธรรมพราหมณ์ เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรักษาจะเริ่มต้นที่การวินิจฉัย โดยชาวบ้านจะไปหาหมอดูจักรราศี ซึ่งในท้องถิ่นเรียกกันว่า หมอทายเลข หมอดำรา หรือหมอมอ หมอดู เพื่อทำนายภาวะการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากเคราะห์กรรมลักษณะใดรักษาหายได้หรือไม่ ยากง่ายเพียงใด และจะต้องไปรักษาทางใด ซึ่งมักจะบอกเป็นทิศ ถ้าการเจ็บป่วยนั้นๆ สามารถแก้ไขได้ หมอดำราจะแนะนำให้ผู้ป่วยไปหาหมอสะเดาะเคราะห์หรือหมอเสียเคราะห์

#### 4) การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ

ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดียว่าร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 ประการ ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ความเจ็บป่วยต่าง ๆ ปฐมเหตุจากการแปรปรวนของธาตุ

ชาย โพธิ์ลีตา (2520) และกิตติกร มีทรัพย์ (2533) ได้จำแนกหมอฟันบ้านออกเป็น 5 ชนิด ดังนี้

1. หมอมนต์

ได้แก่ หมอที่รักษาโรคได้ โดยอาศัยเวทย์มนต์ หรือโดยคาถาอย่างเดียว วิธีการรักษาไม่ซับซ้อน เพียงแต่เสกหรือเป่าคาถาอาคมให้ผู้ป่วยในเชิงของการขับไล่ความชั่วร้ายอัปมงคลในตัวผู้ป่วยออกไปได้ หมอมนต์บางรายอาจจะใช้มนต์เสกของบางอย่างให้ผู้ป่วยกินเพื่อเป็นยารักษา

2. หมอน้ำมนต์

ได้แก่ หมอที่ใช้มนต์ (คาถา) กับน้ำ เพื่อให้เกิดน้ำมนต์ขึ้นก่อน แล้วจึงใช้น้ำมนต์นั้นบำบัดรักษาผู้ป่วยอีกทีหนึ่ง อาจใช้วิธีพ่นน้ำมนต์ใส่ศีรษะผู้ป่วย หรือประพรม หรือให้ผู้ป่วยอาบดื่มหรือทา หมอน้ำมนต์มักเป็นพระภิกษุได้ผ่านการศึกษาพุทธมนต์ และได้รับการฝึกอบรมทางด้านสมาธิ โดยวิธีทางสมณะหรือวิปัสณามากบ้างน้อยบ้างตามสมควร

3. หมอผี

ได้แก่ หมอที่ใช้คาถาหรือมนต์กับผี ทั้งคาถาการวิงวอน ขอโทษ ขอขมา หรือขออภัยเชษฐี (กรณีผีดี) และคาถาขับไล่ สาปแช่ง (กรณีผีร้าย)

4. หมอทรง

ได้แก่ หมอที่อาศัยการเข้าทรงติดต่อกับวิญญาณของบุคคลสำคัญ ที่เคยมีชีวิตจริงหรือไม่จริงก็ได้ เพื่อให้วิญญาณเหล่านั้นมาประทับทรงในร่างของคนทรง หรือม้าทรง เพื่อบอกยาหรือบอกกรรมวิธีบำบัดรักษาหรือทำการรักษาเองขณะนั้น

5. หมอไสยหรือหมอไสยศาสตร์

เป็นหมอที่ใช้วิธีการทางไสยศาสตร์บำบัดรักษาผู้ป่วย เช่น วิธีฝังรูปฝังรอย การแก้อาถรรพ์ การแก้เคล็ด สะเดาะเคราะห์ เครื่องรางของขลัง แก่การผูกของต้องคุณ รวมทั้งการเล่นหยัาแฝดต่าง ๆ ด้วย มีวิธีการค่อนข้างซับซ้อน ประสานกับการใช้ยาไทยสมุนไพร และวัตถุมงคลต่าง ๆ อนึ่งหมอไสยศาสตร์มักจะเป็นหมอยาโบราณด้วยคือ มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ และการใช้สมุนไพรด้วย

กิ่งแก้ว เกษโกวิท (2533) ได้จำแนกหมอฟันบ้านตามวิธีการรักษาได้ดังนี้

1) หมอสมุนไพรหรือหมอยาหม้อ เป็นหมอที่รักษาโรคทั่วไปมีความชำนาญในการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร การจัดยาสมุนไพรหรือการรักษาโดยใช้ยาหม้อ ซึ่งหมายถึงสมุนไพรหรือยาโบราณหลายอย่างผสมกันในหม้อดิน

2) หมอที่ใช้วิธีการทางไสยศาสตร์ มีหลายชนิดแตกต่างกันตามวิธีการรักษา ได้แก่ หมอมนต์ หมอน้ำมนต์ หมอผี หมอทรงดังได้กล่าวไปแล้ว

3) หมอมอหรือหมอทายเลขหมายถึง หมอดูผู้มีความชำนาญในการทายหรือดูโชคชะตา โดยวิธีการตอบคำถาม นอกจากดูโชคชะตาแล้วยังเป็นผู้บอกฤกษ์ดีที่จะทำกิจกรรมหรือปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รวมทั้งสาเหตุความเจ็บป่วยและสิ่งของสูญหายด้วย

4) หมอทำขวัญ หมายถึง ผู้ที่มีความชำนาญในการทำพิธีกรรมที่เกี่ยวกับขวัญ เป็นการทำให้พิธีป้องกันและรักษาไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง รวมทั้งการทำพิธีขวัญาค ขวัญเด็ก เป็นต้น

5) หมอเฉพาะทาง เป็นหมอที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะโรค เช่น หมอนวด หมอจับเส้น หมอฮัมพาด หมอกระดูก (บางแห่งเรียกหมอน้ำมัน เพราะใช้น้ำมันงาในการรักษาด้วย) หมออุ หมอตำแย หมอฉีดยา (หมอเถื่อน) หมอสูญผี เป็นต้น

6) หมอผสมผสาน เช่น หมอสมุนไพรกับหมอน้ำมัน หมอตำแยกับหมอนวด หมอกระดูกกับหมอมนต์ ฯลฯ หมอโบราณจำนวนไม่น้อยมีกรรมวิธีในการรักษาแบบผสมผสาน

บุษยามาส สันธูประมา และเจนศิริ จันทรศิริ (2538) ได้จำแนกหมอพื้นบ้านออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) หมอพื้นบ้านที่รักษาโดยเน้นการประกอบพิธีกรรม 2) หมอพื้นบ้านที่รักษาโดยเน้นการรักษาตามพื้นบ้าน ความเชื่อจากเหตุผลทางธรรมชาติ เรื่องของธาตุทั้ง 4 ดิน น้ำ ลม ไฟ หยิน-หยาง และ 3) หมอพื้นบ้านที่ใช้กระบวนการรักษาหลาย ๆ วิธีผสมผสานกัน

จากการศึกษาของกุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) ได้สำรวจประเภทบุคลากรการแพทย์แผนโบราณใน 6,102 หมู่บ้าน ใน 17 จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า หมอพื้นบ้านที่มีมากที่สุดคือ หมอยาสมุนไพร ร้อยละ 26.6 รองลงมาคือ หมอมนต์ ร้อยละ 25 มีพิธีกรรมรักษาและขั้นตอนการรักษาของแต่ละประเภทแตกต่างกันตามความเชื่อ เกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย เช่น ใช้ยาสมุนไพรรักษาอาการเจ็บป่วยทางกาย ใช้อำนาจเหนือธรรมชาติบำบัดอาการทางจิต สำหรับการให้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท ในพื้นที่ศึกษาพบว่า มีการเลือกใช้บริการการแพทย์พื้นบ้านควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

จากข้อมูลข้างต้นแม้จะมีการจำแนกหมอพื้นบ้านแตกต่างกันออกไป แต่เมื่อพิจารณาถึงวิธีการรักษาแล้วก็คือ หมอพื้นบ้านประเภทเดียวกันในการรักษาด้วยวิธีนั้น ๆ

## 2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

### 2.2.1 ลักษณะผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สัดส่วนที่พบในเพศชายและหญิงเท่ากัน อายุที่เริ่มแสดงอาการครั้งแรกพบระหว่างอายุ 15-35 ปี (ร้อยละ 50 เกิดก่อนอายุ 25 ปี) ก่อนอายุ 10 ปี และหลังอายุ 40 ปี พบได้น้อยมาก (พันธศักดิ์ วราฮ์ศวปติ และทวี ตั้งเสรี, 2536) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิภาพ อารมณ์ และการรับรู้ ประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งหมด สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติเช่นเดิม ถ้าระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสั้น ๆ อีก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต และที่เหลือ 1 ใน 3 จะมีอาการเรื้อรัง (Lohr, 1991) การที่จะวินิจฉัยได้ว่าบุคคลใดเป็นโรคจิตเภทนั้นจะมีอาการบ่งชี้ที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) มีลักษณะอาการของโรคจิตเภทเกิดขึ้นในระยะอาการกำเริบ 2) ระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง 3) เริ่มเกิดอาการก่อนอายุ 45 ปี และ 4) มีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน (Cook, 1991)

ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง เช่นไม่ประสบผลสำเร็จในการทำงาน บางคนตกงาน ขาดสัมพันธภาพทางสังคม ไม่สนใจดูแลตนเองทั้งที่แต่ก่อนสามารถทำได้และการเรียนตกต่ำเป็นต้น (Africa and Schwartz, 1995 ; Gary, 1991) ตามปกติผู้ที่เป็โรคจิตเภทต้องการความอิสระและอยากให้บุคคลอื่นๆ ยอมรับตนเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป และต้องการควบคุมอาการเจ็บป่วยของตนให้ได้ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้น (Crosby, 1987)

### 2.2.2 ลักษณะอาการของโรค

อาการของโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1) ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (Prodromal phase) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีอาการมาหลายปี ก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทันได้สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักจะให้ประวัติว่าเพิ่งมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัวเองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียน และขาดความสนใจต่อการประสบผลสำเร็จ เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะเสื่อมลงไปเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านไปจะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ (Kaplan and Sadock, 1995 ; Kendell, 1993) จากหลายการศึกษาพบว่าก่อนที่ผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบ จะพบว่ามีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ ตึงเครียดและวิตกกังวล แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz and Melville, 1980 ; McCandless-Glimcher et al., 1986; Herz et al., 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้กินระยะเวลามากกว่า 1 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Docherty et al. (1978) ได้ค้นพบระยะอาการของโรคจิตเภท (Stage of decompensation) พบว่ามี 5 ระยะแต่ใน 2 ระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต คือ 1) ความตึงเครียดมากขึ้น (Overextension) 2) ระดับของสติสัมปชัญญะแคบลง (Restricted Consciousness) 3) ขาดการยับยั้ง (Disinhibition) 4) อาการแตกแยกทางจิต (Psychotic Disorganization) และ 5) การเกิดรูปแบบของอาการทางจิตเด่นชัด (Psychotic Resolution) แต่มีการศึกษาหนึ่งพบว่าเมื่อมีอาการนำไม่จำเป็นว่าต้องเกิดอาการกำเริบเสมอไป (Birchwood et al., 1989 Cited by Hamera et al., 1991)

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เมื่อเกิดอาการกำเริบจะเกิดอาการทางจิต เช่น หูแว่วประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆเป็นต้น ส่วนใหญ่อาการกำเริบรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อ 1) ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมารวมกับมีอาการหวาดระแวงและปฏิเสธการรักษา 2) เมื่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา และ 3) เมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว บางครั้งอาการกำเริบรุนแรงมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการซื้อยากินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al., 1989)

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ในระยะที่อาการทางจิตสงบลงผู้ที่เป็โรจิตเภทยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) หรืออาการทางจิตเริ่มลดลง ขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมีอาการมากขึ้น (Negative symptoms) เช่น อารมณ์ท้อ ๆ สีหน้าเฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนล้า และแยกตัวเอง เป็นต้น ในการรักษาด้วยยารักษาโรจิต ยาจะมีประสิทธิภาพต่อการรักษาอาการทางจิต (Psychotic Symptoms) และอาการแตกแยก (Disorganized symptoms) มากกว่ากลุ่มอาการด้านลบ (Marder, 1996) กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ที่เป็โรจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Andreasen, 1982) ในช่วงอาการโรจิตสงบลงผู้ที่เป็โรจิตเภทจะเกิดความเครียดได้ง่าย และความเครียดนี้เองจะกระตุ้นให้อาการกำเริบเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้อาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมา อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่เป็โรจิตเภทเรื้อรัง (Kendell, 1993) อุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในผู้ที่เป็โรจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตาย และการทำบาปทบาทหน้าที่ได้ไม่ดี (Becker, 1988 cited by Hamera et al., 1994 : 290)

### 2.2.3 การวินิจฉัยโรค

ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมใช้กันในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล, 2539)

1) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ.1994

2) International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ.1992

#### แนวทางการวินิจฉัยโรจิตเภทโดยยึดหลักตาม DSM-IV

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) Disorganized speech เช่น พูดวกวน พูดอ้อมค้อม คำพูดไม่สัมพันธ์กัน
- 4) Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior
- 5) อาการด้านลบ ได้แก่ Flat affect Alogia หรือ Avolition

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น Bizarre delusion, Voice commenting หรือ Voice discussing

2. มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้านสังคมและอาชีพมาก เช่น ด้านการงาน สัมพันธภาพต่อผู้อื่นหรือสุขอนามัยของตนเอง



3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการกำเริบ (Active phase) ตามข้อ 1 อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการหรือ ระยะอาการหลงเหลือ

#### แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยยึดหลักตาม ICD-10

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการนำมาก่อน เช่น การขาดความสนใจในการทำงาน สังคม การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าหรือหมกมุ่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งก่อนที่จะเกิดอาการทางจิต เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นอาทิตยหรือเป็นเดือนจึงเป็นการยากที่จะบอกระยะเวลาที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน ฉะนั้น การวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ใช้เวลากำหนด 1 เดือน จึงเริ่มนับตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิตเท่านั้น ไม่นับรวมระยะเกิดอาการนำ

ลักษณะของอาการที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ (หรือมากกว่า 2 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจน) ในข้อ 1-4 หรืออาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะของอาการมีดังต่อไปนี้ (ศักดิ์ กาญจนาวีโรจน์กุล, 2537)

1. ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกหรือถูกดึงไป (Thought insertion or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)

2. หลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูง (Delusion of control, Influence, or passivity) โดยอาจแสดงออกในเรื่องทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensations) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusional perception) เช่น เห็นจรรยาโบกมือให้สัญญาณเกิดความคิดว่าให้สัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

3. ประสาทหลอนทางหู พุดวิจรรย์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือพูดคุยโต้ตอบกันเองเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่น ๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

4. ความหลงผิดชนิดอื่น ๆ เป็นอยู่ยาวนาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เช่น หลงผิดว่าสามารถควบคุมดินฟ้าอากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้า

5. ประสาทหลอนอื่น ๆ เป็นอยู่ยาวนาน อาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานเป็นอาทิตยหรือเป็นเดือน

6. มีการแตกแยกหรือสอดแทรกในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพุดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (Neologisms)

7. พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะมีอาการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) จับผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ผู้ป่วยจะอยู่ในท่านั้นเป็นเวลานาน

ผิดปกติ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดลอม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้งั่งผู้ป่วยจะยืน

8. Negative symptoms เช่น สิ้นน้ำเฉยเมย (Apathy) พูดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ทื่อ ๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

9. มีการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคล โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน ปลีกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง

ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นใช้ระบบ ICD-10 ในการจำแนกโรคทางจิตเวช

#### 2.2.4 การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่สามารถสังเกตอาการผิดปกติของตนเองได้มีโอกาสอย่างมากที่จะกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดการตระหนักต่อการเจ็บป่วยของตน (insight) มีโอกาสสูงมากที่จะกลับมารักษาซ้ำ (McCandless-Glimcher et al., 1986) จากหลายการศึกษายืนยันว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถระบุถึงอาการนำก่อนอาการกำเริบได้ (Herz and Melville, 1980; Heinrichs and Carpenter, 1985; Heinrichs, Cohen and Carpenter (1985 cited by McCandless Glimcher et al., 1986); McCandless-Glimcher et al., 1986) McCandless-Glimcher et al. (1986) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตระหนักถึงการสังเกตอาการผิดปกติในระยะเริ่มแรก สามารถลดจำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำได้ แต่กลับพบว่ามีการรายงานอัตราการกำเริบสูงมากถึงร้อยละ 50-70 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Sulliger, 1988) Coudreant - Quinn et al. (1992) ได้กล่าวถึงการศึกษาอื่นๆ ที่พบ อุบัติการณ์ที่ไม่ปฏิบัติตามในการกินยาสูงขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยแรกที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ และจากการศึกษาของ Herz et al. (1989) พบว่าถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใช้ยาอย่างต่อเนื่องมีจำนวนน้อยที่จะเกิดอาการเสื่อม เช่น การแยกตัวเอง ส่วนใหญ่ยังสามารถทำหน้าที่การทำงานได้อย่างมั่นคง แม้จะเกิดอาการทางจิตเป็นพัก ๆ เป็นต้น

ปัญหาที่ทำให้เกิดอาการกำเริบในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่ามีหลายประการ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางกลุ่มเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการกินยา เนื่องจากการเจ็บป่วยต้องใช้ระยะเวลารักษานานทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง (Corrigan, 1990) อีกทั้งการเจ็บป่วยทางจิตคุกคามต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป และเกิดปฏิกิริยาปฏิเสธการเจ็บป่วย แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่สามารถดูแลตนเองได้และมองเห็นประโยชน์ของการกินยา ทำให้เกิดความกระตือรือร้นต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจ สามารถกินยาดด้วยตนเองได้ ส่งเสริมให้มีความรู้สึกควบคุมตนเองได้ ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามการรักษาดีขึ้น อีกทั้งการกินยาช่วยเอื้ออำนวยในการพัฒนาความเชื่อมั่น การยอมรับ และลดพยาธิสภาพทางจิต (Connelly and Dilonardo, 1993 : 33) แต่ยังพบการดูแลตนเองที่แสดงออกถึงพฤติกรรมพ่ายแพ้อยู่เสมอ เช่น เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรู้สึกทุกข์ทรมาน

จากการเจ็บป่วยทางจิต จะหาทางออกโดยการซื้อยากินเอง หรือดื่มสุรา บางรายแสวงหาการรักษา กับพระ หมอพื้นบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนกระทั่งเมื่ออาการไม่ทุเลา จึงมารักษากับจิตแพทย์ เป็นต้น (Hamera et al., 1991; Baker, 1995) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมพ่ายแพ้ของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่ติดสุราทำให้มีอาการทางจิตมากขึ้นและกลับมารักษาซ้ำบ่อย เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิต เภทต้องการให้ถูกตีตราว่าติดสุราหรือยาอื่น ๆ ดึกว่ามีการเจ็บป่วยทางจิต (Smith and Knice-Ambinder, 1989 : 74) และเมื่อมีการใช้สารเสพติดจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ขาดการมาติดตามการรักษา ทำให้มีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ (Owen et al., 1990) นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมที่เป็นอันตรายรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยปกติผู้ป่วย จิตเวชส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรมอันตรายรุนแรงมีเพียงร้อยละ 7 ของแต่ละปีที่มีพฤติกรรม อันตรายรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ใช้สารเสพติดแล้วพฤติกรรมอันตรายรุนแรงจะมีมาก กว่าผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต (Swanson et al., 1995 cited by Hiday, 1995)

จากข้อความข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดูแลตนเองไม่เหมาะสม อาจ มีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในอาการผิดปกติของโรคจิต ความสามารถ ลังเกตอาการผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก อีกทั้งการได้รับยาทางจิตและการได้รับความช่วยเหลือใน ภาวะวิกฤตจะช่วยป้องกันอาการกำเริบได้ (Herz and Melville, 1980) แต่ถ้ายังปล่อยให้อาการ ดำเนินต่อไปจนกระทั่งอาการรุนแรงมากขึ้นการหาวิธีการรักษาอย่างอื่น ๆ จะไม่ได้ผล แต่ถ้าเป็นการ เจ็บป่วยจากความไม่สบายใจ มีความวิตกกังวล การใช้วิธีการแบบพื้นบ้านถือว่ามิประโยชน์ (Finkler, 1981 cited by Helman, 1990; Fosu, 1995)

## 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากระบวนการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบ ว่างานวิจัยที่ศึกษาในประเทศ เกี่ยวกับการดูแลตนเองส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บ ป่วยทางกาย ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยทางจิตจะไม่มีการศึกษาในผู้ป่วย เฉพาะโรคและลักษณะขอบเขตของการศึกษาจะเจาะจงเฉพาะเรื่อง และยังมีศึกษาน้อย ส่วน งานวิจัยต่างประเทศที่ศึกษาใกล้เคียงในผู้ป่วยจิตเวชยังพบว่ามีย่อยเช่นเดียวกัน และไม่ปรากฏว่า มีงานวิจัยใดศึกษาถึงกระบวนการการดูแลตนเองครอบคลุมตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการผิดปกติทาง จิต จนกระทั่งระยะกลับมารักษาซ้ำในครั้งปัจจุบัน

งานวิจัยภายในประเทศและต่างประเทศมีดังต่อไปนี้

การศึกษาภายในประเทศส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนมา รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอาทิเช่น ยุพา วิสุทธิโกศล และคณะ (2523) ได้ศึกษา "ผู้ป่วยจิตเวช กับการรักษาพื้นบ้าน" โดยการสอบถามและสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 559 คน เป็นผู้ป่วยในตึกแรกรับของโรงพยาบาลศรีธัญญา ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน

453 คน ที่เหลือเป็นโรคจิตอื่น ๆ ผลพบว่าผู้ป่วยจำนวน 273 คน ก่อนมารักษาในโรงพยาบาล เคยรักษาพื้นบ้านมาก่อน เพศหญิงไปรักษากับหมอฟันบ้านมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) จำนวนครั้งของการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันกับการไปรักษาแบบพื้นบ้าน ผู้ป่วยชายไปรักษากับพระมากกว่าผู้ป่วยหญิง จากการศึกษาของวิศักดิ์ สาตราและคณะ (2524) ได้ศึกษา "ผู้ป่วยจิตเวชกับการรักษาทางไสยศาสตร์" กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยแรกแรกที่เคยมีประวัติไปรักษาทางไสยศาสตร์มาก่อนจำนวน 200 คน มีทั้งผู้ป่วยโรคประสาท ร้อยละ 45 โรคจิตร้อยละ 39 และโรคอื่น ๆ อีกร้อยละ 16 การรักษาทางไสยศาสตร์ หมายถึงการรักษาพื้นบ้านเช่นเดียวกับการศึกษาของยุพา วิสุทธิโกศล และคณะ และมีผลการศึกษาสอดคล้องกันคือเพศหญิงนิยมไปรักษาทางไสยศาสตร์มากกว่าเพศชาย พบมากในช่วงอายุ 15-34 ปี ส่วนใหญ่ก่อนไปรักษาทางไสยศาสตร์มีอาการมาแล้ว 1 ปี บุคคลที่แนะนำให้ไปรักษาคือคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ไปรักษาเองโดยไม่มีใครแนะนำตามลำดับ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยร้อยละ 44.88 ไปรักษาทางไสยศาสตร์ ร้อยละ 27.8 ไปรักษาที่สถานบริการของทางราชการ นอกนั้นไปรักษาที่สถานบริการของเอกชน ซื้อมายากินเองและรักษาโดยหมอกกลางบ้าน ผลการรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้ขึ้น ร้อยละ 49.27 ใช้เวลารักษาทางไสยศาสตร์น้อยกว่า 1 สัปดาห์ จากการศึกษาของ สุพล รุจิรพิพัฒน์และคณะ (2533) ทำการศึกษา "อิทธิพลความเชื่อในท้องถิ่นที่มีต่อการสุขภาพทางจิต" โดยการศึกษาสอบถามญาติและผู้ป่วยโรคจิตทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เคยรักษาทางไสยศาสตร์จำนวน 400 คน ร้อยละ 72.5 เป็นญาติ ร้อยละ 27.5 เป็นผู้ป่วย ผลพบว่าเมื่อมีอาการทางจิตสถานที่ไปรักษาครั้งแรกมากที่สุดคือร้อยละ 54.8 รักษาทางไสยศาสตร์เช่นเดียวกับการศึกษาดังข้างต้น รองลงมาร้อยละ 37.7 รักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช/คลินิกจิตเวช บุคคลที่แนะนำให้ไปรักษาทางไสยศาสตร์คือคนในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 62.25 เพื่อนแนะนำร้อยละ 45.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิศักดิ์ สาตราและคณะ บุคคลที่มีความเชื่อทางไสยศาสตร์มีพฤติกรรมไป สะเดาะเคราะห์ ยกเว้นของชะล่า จากการศึกษาของ ชฎาพรรณ รัตนติกานนท์, สาวิตรี อักษรณักรณชัย และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) ได้ศึกษา "พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคจิต" สัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 47 คน ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นครั้งแรก พบว่าส่วนใหญ่ญาติทราบถึงอาการของโรคจิตแต่ไม่ทราบสาเหตุ จำนวนหนึ่งเชื่อว่าเป็นความกดดันและความวิตกกังวล หรือจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ร้อยละ 90 ของผู้ที่สังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นคนแรกเป็นบุคคลในครอบครัว หลังจากเห็นอาการเพียงหนึ่งในสามของญาติที่ไปพบแพทย์ทันที อีกร้อยละ 62 ไม่ได้พาไปพบแพทย์ทันที(ภายในหนึ่งวัน)ใช้วิธีสังเกตอาการร้อยละ 55 ซื้อมายากินเองร้อยละ 24 ส่วนการพาไปพบผู้รักษาอื่น ๆ ร้อยละ 28 และใช้วิธีรอดูอาการโดยหวังว่าจะหายไปเองร้อยละ 38 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตมาจากญาติและเพื่อนร้อยละ 50 ส่วนการให้คำแนะนำในเรื่องทั่วไป พบว่าส่วนมากได้รับคำแนะนำมาจากญาติ ร้อยละ 75 รองลงมาจากหมอฟันบ้าน

ร้อยละ 51 ซึ่งต่างจากการศึกษาของ วิคกี้ สตราและคณะ และการศึกษาของ สุพล รุจิรพัฒน์ และคณะ ที่พบว่าส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัวให้ไปรักษากับหมอพื้นบ้าน

ส่วนการศึกษาต่างประเทศของ Agthoven and Plomp (1988) ได้ทำการศึกษา "การแปลความการดูแลตนเอง : ความแตกต่างในมุมมองระหว่างผู้รับบริการและพยาบาลที่ให้การดูแลที่บ้าน" ประเทศฮอลแลนด์ ในกลุ่มตัวอย่าง 43 คน ที่ได้รับการพยาบาลที่บ้าน 3 แบบคือ ผู้ป่วยดูแลตนเอง ญาติดูแล และพยาบาลดูแล พบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติต้องการดูแลตนเองถึงร้อยละ 93 ไม่ต้องการพึ่งพาคนอื่น แต่ต้องการได้รับการสนับสนุนจากญาติและเพื่อน

จากการศึกษาของ Portes, Kyle and Eaton (1992) ได้ศึกษา "การเจ็บป่วยทางจิตและพฤติกรรมการแสวงหาการช่วยเหลือในชาวมารัลคูบานและชาวไฮเตียนอพยพที่อาศัยอยู่ทางตอนใต้ของรัฐฟลอริดา" พบว่าชาวมารัลคูบานร้อยละ 27 มีความเป็นไปได้สูงที่จะรู้ที่ตั้งของแหล่งบริการ เนื่องจากก่อนอพยพเคยคุ้นเคยกับแหล่งบริการในบ้านเกิด จึงมีความพึงพอใจในการแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพมากกว่าชาวไฮเตียน ฉะนั้น การได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากประเทศบ้านเกิด จึงมีนัยสำคัญต่อการรู้แหล่งบริการ ปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ เพศ และสถานภาพสมรสมีผลต่อการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ผู้หญิงโสดอายุน้อย (อพยพ) มีการแสวงหาการดูแลสุขภาพสูง จากการศึกษาของ Fosu (1995) เรื่อง "การแสวงหาการช่วยเหลือในความผิดปกติทางจิตของผู้หญิง" กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิง 1,000 คน อาศัยที่เมือง Accra เมืองหลวงของ Ghana มีประชาชนหลายเผ่าพันธุ์ มีคนพื้นเมืองเพียงร้อยละ 45.1 นอกนั้นเป็นพวกอพยพ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพในระดับสูง จะแสวงหาการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าผู้หญิงที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพในระดับต่ำ ผู้หญิงที่รับรู้สาเหตุของโรคจิตเกิดโดยธรรมชาติ หรือเกี่ยวกับความเครียด จะแสวงหาการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าผู้หญิงที่เชื่อว่าเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ผู้หญิงที่มีขนาดของครอบครัวเล็ก (โครงสร้างการสนับสนุนต่ำ) มีโอกาสน้อยที่จะใช้บริการจากทางโรงพยาบาลจิตเวช ผู้หญิงที่มีขนาดครอบครัวใหญ่และเคยได้รับการสนับสนุนให้คลอดบุตรที่คลินิกหรือโรงพยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติทางจิตจะแสวงหาการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลจิตเวช นั้นหมายถึงการเคยคุ้นเคยกับแหล่งบริการสุขภาพ จะส่งผลให้มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Portes et al. (1992) ดังข้างต้น การศึกษานี้พบว่าร้อยละ 87.7 ผู้หญิงแสวงหาการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จิตเวช ร้อยละ 8.2 รักษาด้วยแพทย์พื้นบ้าน (แพทย์สมุนไพร) และแหล่งอื่น ๆ (การแก้ปัญหาตนเองหลักเลี่ยงการคิดมาก) ร้อยละ 4.1 รักษาพื้นบ้านอย่างเดียว สำหรับความผิดปกติที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากความวิตกกังวล ความเชื่อ และความคาดหวังจะได้ผลดี แต่ถ้การเจ็บป่วยที่มีสาเหตุเกิดตามธรรมชาติเหมาะกับการรักษาแบบตะวันตก Fosu ได้สรุปผลการศึกษา พบว่าตัวกำหนดที่สำคัญที่สุดต่อการแสวงหาการช่วยเหลือเมื่อมีความผิดปกติทางจิต คือ 1) การรับรู้สาเหตุของความผิดปกติทางจิต 2) สถานที่อยู่อาศัย 3) อายุ 4) เผ่าพันธุ์ 5) การ

สมัครเป็นสมาชิกในสมาคมอาสาสมัคร และ6)การเคยได้รับการเอื้ออำนวยความสะดวกจากการรักษาพยาบาลหรือจากเจ้าหน้าที่

ตรงกันข้ามกับผลการศึกษาของ Tijhuis, Reter and Foets (1990) ได้ศึกษาการแสวงหาการช่วยเหลือในปัญหาทางอารมณ์ของชาวดัตช์ จำนวน 10,171 คน พบว่าไม่มีความแตกต่างด้านเพศ (บางการศึกษาพบความแตกต่างด้านเพศ) คนอายุน้อยแสวงหาความช่วยเหลือมากกว่าคนอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Portes et al. (1992) และบุคคลที่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่จิตเวชมาก่อน จะมีความยินดีที่จะแสวงหาการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาของ Fosu (1995) และ Portes et al. (1992) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่แสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จิตเวชจะมีการศึกษาและรายได้สูงกว่าบุคคลที่แสวงหาการช่วยเหลือจากแพทย์ทั่วไป

จากการศึกษาของ Mechanic, Angel and Davies (1991) ได้ทำการศึกษา "ความเสี่ยงและกระบวนการเลือกใช้แหล่งบริการระหว่างแหล่งบริการสุขภาพทั่วไปและเฉพาะด้านจิตเวช" จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,107 คน อายุ 18-61 ปี กลุ่มตัวอย่างมี 3กลุ่มคือ 1) ได้รับการรักษาปัญหาสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวช 2) เคยรักษาปัญหาสุขภาพจิตกับแพทย์ฝ่ายกาย และ 3) กลุ่มที่รักษาทั้งจากโรงพยาบาลจิตเวชและกับแพทย์ฝ่ายกาย พบว่าร้อยละ 57 บุคคลส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ถูกส่งตัวมารักษาในแผนกจิตเวชโดยตรง มีเพียงร้อยละ 8 ที่แพทย์ฝ่ายกายเคยส่งต่อมายังแพทย์จิตเวชอย่างน้อย 1 ครั้ง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารักษาที่แพทย์จิตเวชจะมีปัญหาเบี่ยงเบนทางเพศ และมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาทางจิตเวชส่วนใหญ่พบว่า เป็นเพศหญิง เป็นบุคคลที่มีอายุน้อยและเป็นบุคคลที่มีการศึกษาสูงส่วนบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ และมีอายุมากขึ้นจะใช้บริการทางจิตเวชน้อย

จากการศึกษาของ Hourani and Khlat (1986) ได้ทำการศึกษา "ตัวกำหนดของการรับรู้สถานภาพสุขภาพจิตและพฤติกรรมแสวงหาการช่วยเหลือ : การทดสอบรูปแบบแนวความคิดเบื้องต้น" กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครัวเรือนเพศชาย 17 คน เพศหญิง 36คน อายุ 19-72 ปี กลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมแสวงหาการช่วยเหลือคือ การมีอาการมากขึ้น และระดับการศึกษาสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้สุขภาพจิตตนเองไม่ดี มีความเชื่อว่าสามารถทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นได้ จะให้คำนิยามเกี่ยวกับสุขภาพอย่างกว้าง ๆ และมีความเป็นไปได้มากที่จะแสวงหาการช่วยเหลือ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้สูง และระดับการพึ่งพาสูง มีโอกาสมากที่จะแสวงหาการช่วยเหลือ จะเห็นว่าตัวแปรเกี่ยวกับระดับการศึกษาสูง และระดับรายได้สูงมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการช่วยเหลือสอดคล้องกับการศึกษาของ Tijhuis et al. (1990) และ Mechanic et al. (1991)

จากการศึกษาของ Subedi (1989) ได้ทำการศึกษา "การบริการสุขภาพสมัยใหม่ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ : การสำรวจในแคชเมอร์ดุ ประเทศเนปาล" กลุ่มตัวอย่างจำนวน 769 คน เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 389 คน และผู้ป่วยในจำนวน 371คน พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่

เป็นหญิงมีการชะลอการแสวงหาการรักษาสมัยใหม่นานกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและผู้ป่วยที่เป็นชาย ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษามีรายได้สูง จะใช้เวลาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาและมีรายได้ต่ำในการแสวงหาการรักษาสมัยใหม่ ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหายังคงมีอยู่ จะกลับมาแสวงหาการรักษาในโรงพยาบาลสมัยใหม่ ผู้ป่วยที่ปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ทำให้ชะลอการมารับการรักษาสมัยใหม่ช้ากว่าการปรึกษาคนอื่น ๆ การเยี่ยมยารักษาที่บ้าน ทำให้ชะลอการรักษาในโรงพยาบาลสมัยใหม่ สาเหตุที่ผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลสมัยใหม่ เพราะเกิดความไม่พึงพอใจการรักษาที่บ้าน หรือหมอที่บ้านแนะนำให้มารักษา เวลาที่ใช้ในการให้บริการที่โรงพยาบาลสมัยใหม่ มีนัยสำคัญต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสมัยใหม่มองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับการรักษา เช่น มีความเชื่อในประสิทธิภาพของยาและเป็นบุคคลที่มีความรู้ในอาการเจ็บป่วย (Sarafino, 1994) ส่วนบุคคลที่ชะลอการรักษาสมัยใหม่ยังมีความหวังกับการรักษาที่บ้าน ตามความเชื่อของชาวบ้านเสียค่าใช้จ่ายน้อยและน่าจะรักษาอาการเจ็บป่วยของตนให้หายได้ (มัลลิกา มัติโก, 2534)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงวิธีการจัดการกับอาการทางจิต เช่น การศึกษาของ Herz and Melville (1980) ได้สัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในลักษณะที่ว่าถ้ามีอาการผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นจะทำอย่างไร ผลพบว่าร้อยละ 50 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้ทำอะไรกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ที่เหลืออีกร้อยละ 50 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรู้ว่าเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงรุนแรงขึ้น จะขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 70 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ร้อยละ 92.6 ของญาติสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสังเกตตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Heinrichs and Carpenter (1985) พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 63 สามารถสังเกตอาการนำได้ แต่การศึกษาของ McCandless-Glimcher et al. (1986) ได้สัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในลักษณะที่เคยปฏิบัติจริงขณะมีอาการผิดปกติทางจิต พบว่าร้อยละ 82 เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเลวลงจะแสดงออกด้านพฤติกรรม 3 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มที่ 1 ร้อยละ 58 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใช้ยารักษาตนเอง เบี่ยงเบนความสนใจโดยการทำ กิจกรรม และไม่สนใจต่ออาการที่เกิดขึ้น กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 26 ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จิตเวช และกลุ่มที่ 3 ร้อยละ 16 มีการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีช่วยเหลือตัวเองและขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จิตเวช และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถบอกได้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เลวลงได้ถึงร้อยละ 59 สอดคล้องกับการศึกษาของ Herz and Melville และ Heinrichs and Carpenter การศึกษาของ McCandless-Glimcher et al. พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะช่วยเหลือตัวเองถึง ร้อยละ 58 ก่อนที่จะไปขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จิตเวช ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Herz and Melville ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงร้อยละ 50 จะเห็นว่าการตั้งคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ที่เป้นโรคจิตเภทจึงมีความสำคัญ ถ้าต้องการทราบความจริงในการเคยจัดการกับปัญหาควรที่จะตั้งคำถามเช่นเดียวกับการศึกษาของ McCandless-Glimcher et al. เพราะตามปกติก่อนที่บุคคลจะขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จิตเวชหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ถ้ายังมีความสามารถในการดูแลตนเองมักจะช่วยเหลือตนเองก่อน ดังเช่นการศึกษาของ Hamera et al. (1991) ได้ทำการศึกษา "การควบคุมตนเองและการทำหน้าที่ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท" กลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี ผลพบว่า ร้อยละ 49 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการควบคุมอาการตนเองมากกว่า 1 อย่าง เฉลี่ยคนละ 3 อย่าง จากจำนวนของการจัดการควบคุมตนเองทั้งหมด 132 อย่าง และมี 20 การกระทำเป็นการจัดการควบคุมอาการทางการแพทย์ เช่น การกินยา การมีสัมพันธภาพกับบุคลากร และมี 15 การกระทำที่เป็นการจัดการควบคุมอาการตนเองที่แสดงออกถึงความพ่ายแพ้ เช่น การใช้ยาที่ผิดกฎหมายหรือแอลกอฮอล์ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Acting out) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Baker (1995) ได้ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองต่อการค้นหาอาการนำก่อนเกิดอาการกำเริบ ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับรู้อาการผิดปกติทางจิต และพยายามจะหลีกเลี่ยงอาการผิดปกติที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้วยการดื่มสุรา ใช้ยาที่ผิดกฎหมาย บางรายแสวงหาการช่วยเหลือจากพระ บางรายไปขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุดท้ายจึงไปรับการรักษาที่จิตแพทย์ เพื่อลดอาการไม่สุขสบาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วยเป็นตัวกำหนดแหล่งรักษา อีกทั้งบุคคลมีการศึกษาสูง มีรายได้ อายุน้อยจะแสวงหาแหล่งรักษาเฉพาะด้านจิตเวช มากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ รายได้ต่ำและอายุมาก บุคคลที่เคยรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จะเกิดความคุ้นเคยกับโรงพยาบาลจิตเวช เมื่อมีการเจ็บป่วยจะกลับมาใช้บริการอีก ซึ่งในการเจ็บป่วยแต่ละครั้งส่วนมากบุคคลมักจะรักษาตนเองก่อน ถ้าอาการไม่ทุเลาจึงจะแสวงหาแหล่งรักษาอื่น ส่วนการทบทวนงานวิจัยจะเห็นว่า งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังมีน้อย และมีการศึกษาในขอบเขตจำกัดเฉพาะเรื่อง ยังไม่มีงานวิจัยใดศึกษาถึงกระบวนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติทางจิตและวนเวียนเข้าออกโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับมารักษาซ้ำในปัจจุบัน จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงกระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น