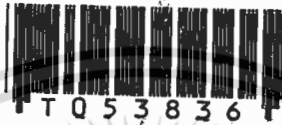


สำนักหอสมุดกลาง พระจอมเกล้าลาดกระบัง

การศึกษาการออกแบบอาคารที่พักผู้ป่วยจิตเภทภายในสถานสงเคราะห์
บ้านกิ่งวีถีตามแนวทางของทฤษฎี MILIEU THERAPY

THE STUDY OF SCHIZOPHRENIA PATIENT HOUSING DESIGN
AS PER MILIEU THERAPY THEORY TREATMENT
CASE STUDY : THE HALF WAY HOUSE, PRATHUMTHANI PROVINCE



ทัศนัย ธเนศวณิชย์
TATSANAI TENETVANICH

จพ.
ท3621
2547

เลขหมู่.....
เลขทะเบียน.....53836
วัน,เดือน,ปี.....26 พ.ย. 2547

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสถาปัตยกรรมภายใน
บัณฑิตวิทยาลัย
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

พ.ศ.2547

ISBN 974-15-1155-8

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุก
ครั้งที่มีการนำไปใช้



THE STUDY OF SCHIZOPHRENIA PATIENT HOUSING DESIGN
AS PER MILIEU THERAPY THEORY TREATMENT
CASE STUDY : THE HALF WAY HOUSE, PRATHUMTHANI PROVINCE



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENT FOR THE DEGREE OF
MASTER OF ARCHITECTURE IN INTERIOR ARCHITECTURE
SCHOOL OF GRADUATE STUDIES
KING MONGKUT'S INSTITUTE OF TECHNOLOGY LADKRABANG

2004

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งาน ISBN 974-15-1155-8 อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



COPYRIGHT 2004

SCHOOL OF GRADUATE STUDIES

KING MONGKUT'S INSTITUTE OF TECHNOLOGY LADKRABANG

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

| | |
|-------------------|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | การศึกษาการออกแบบอาคารที่พักผู้ป่วยจิตเภทภายในสถานสงเคราะห์ บ้านกึ่งวิถี ตามแนวทางของทฤษฎี MILIEU THERAPY |
| นักศึกษา | นายทัศนัย ธเนศวรณิษฐ์ |
| รหัสประจำตัว | 42063310 |
| ปริญญา | สถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต |
| สาขาวิชา | สถาปัตยกรรมภายใน |
| พุทธศักราช | 2547 |
| อาจารย์ผู้ควบคุม | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพปฎล สุวีจนาพันธ์ |

บทคัดย่อ

เนื้อหาของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ นำเสนอถึงการออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในอาคารพักอาศัยของผู้ป่วยทางจิตประเภท Schizophrenia (จิตเภท) ซึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงและยังสามารถรับรู้สภาพแวดล้อมรอบตัว พุดคุยได้ ซึ่งการออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพนี้ได้ใช้แนวทางของทฤษฎี MILIEU THERAPY คือ สภาพแวดล้อมบำบัดซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะใช้รักษาผู้ป่วยในขั้นต้น ประกอบกันกับการรักษาทางการแพทย์ การออกแบบสภาพแวดล้อม อาคารพักผู้ป่วยสรุปให้มีข้อกำหนดในการออกแบบดังนี้

1. การปิดล้อมพื้นที่ ต้องแยกพื้นที่ส่วนบุคคลไว้อย่างชัดเจน
2. การเจาะช่องเปิด ต้องสามารถให้ผู้ป่วยภายในสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงไปของเวลา

และ

ธรรมชาติด้านนอกได้

3. การใช้สีต้องให้โทนสีที่กระตุ้นการทำงานของระบบสายตาและประสาทส่วนกลาง เพื่อ

ลดอาการซึมเศร้าหรือความรู้สึกติดกับเรื่องราวของตนเองในอดีต

4. การเปิดพื้นที่ว่างระหว่างที่พักอาศัยเพื่อสร้างกิจกรรมเสริมระหว่างบุคคล
5. การใช้เฟอร์นิเจอร์ควรยึดติดกับพื้นที่และวัสดุที่ใช้หรือรูปทรงควรคำนึงถึงการแตก

ชำรุดเสียหาย เพื่อนำมาเน้นอาวุธเป็นสำคัญ ปัจจัยหลักเหล่านี้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบขั้นต้นสำหรับอาคารพักผู้ป่วยประเภทนี้ได้และทำให้ระยะเวลาในการรักษาล้นลงเมื่อใช้ร่วมกับยาบำบัด

Thesis Title The Study of Schizophrenia Patient Housing Design
As Per Milieu Therapy treatment
Case Study : The Half Way House, Prathumthani Province.

Student MR.TATSANAI TANETVANICH

Student ID. 42063310

Degree Master of Architecture.

Programme Interior Architecture.

Year 2004

Thesis Advisor Assist.Prof. Nobpadol Suvadhananonda.

ABSTRACT

This thesis proposes the application of Environmental Design physics of interiorspace for mental patient "Schizophrenia" follow of the Rule. Milieu Therapy Theory and Medical Therapy.

This criteria

1. Must the separate of personal Space.
2. The Void must connecting out door and vegetation.
3. The Colour must have Effective Emotion and The Neutral eyes.
4. The Design building must have court for Activity patient.
5. The Furniture design have be careful to Eccidental for patient.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้จะไม่สำเร็จได้ถ้ามิได้รับความช่วยเหลือ และความอนุเคราะห์จากบุคคลดังต่อไปนี้

- สถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถี
- กรมประชาสงเคราะห์
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต
- เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เกี่ยวข้อง

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณท่านอาจารย์ที่ปรึกษาที่ช่วยแนะนำและตักเตือนมาโดยตลอด ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพปฎล สุวีจนานนท์ และครอบครัวของผู้วิจัยทุกคนที่ช่วยให้งำลังใจ และกำลั้งทรัพย์ในการวิจัยครั้งนี้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | I |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | II |
| กิตติกรรมประกาศ..... | III |
| สารบัญ..... | IV |
| สารบัญตาราง..... | VI |
| สารบัญภาพ..... | VII |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| 1.2 ที่มาและประเด็นปัญหาการวิจัย..... | 13 |
| 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 13 |
| 1.4 สมมุติฐานการวิจัย..... | 14 |
| 1.5 ขอบเขตการวิจัย..... | 14 |
| 1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ..... | 16 |
| 1.7 กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง..... | 16 |
| บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม..... | 21 |
| 2.1 การทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัย..... | 21 |
| 2.2 นิยามความเป็นมาของโรคจิตเภท..... | 22 |
| 2.2.1 สาเหตุของโรคจิตเภท..... | 23 |
| 2.2.2 สาเหตุทางร่างกาย..... | 23 |
| 2.2.3 สาเหตุทางสมอง..... | 24 |
| 2.2.4 สาเหตุทางจิตใจ..... | 24 |
| 2.2.5 สาเหตุจากสภาพแวดล้อม..... | 24 |
| 2.2.6 อาการเริ่มของโรคจิตเภท..... | 25 |
| 2.2.7 ระยะเวลาในเกิดอาการ..... | 26 |
| 2.3 รูปแบบในการรักษา..... | 26 |
| 2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม..... | 32 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| 2.5 สัญชาติญาณ..... | 36 |
| 2.6 ความหมายของพฤติกรรม..... | 37 |
| 2.7 สิ่งแวดล้อม..... | 39 |
| 2.8 กระบวนการของพฤติกรรมของมนุษย์..... | 42 |
| 2.9 ทฤษฎีมีลิวเธอราปีย์..... | 48 |
| 2.10 ทฤษฎีการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิต..... | 61 |
| บทที่ 3 กรอบการวิจัย..... | 62 |
| 3.1 คำจำกัดความของผู้ป่วยจิตเภท..... | 62 |
| 3.2 วิธีการวิจัย..... | 63 |
| 3.3 การสุ่มตัวอย่าง..... | 63 |
| 3.4 ขั้นตอนการวิจัย..... | 64 |
| บทที่ 4 การสำรวจและวิเคราะห์สถานที่..... | 67 |
| 4.1 ลักษณะรูปแบบตัวอาคารเดิม..... | 67 |
| 4.2 พฤติกรรมของผู้ป่วยภายในอาคารเดิม..... | 67 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย..... | 76 |
| บทที่ 6 การนำเสนอแนวทางการออกแบบตามแนวทฤษฎี Milieu Therapy..... | 84 |
| บรรณานุกรม..... | 87 |
| ภาคผนวก..... | 88 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 95 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|--|------|
| 1.1 แสดงดัชนีแนวโน้มและดัชนีรายได้ที่แท้จริงต่อหัวประชากร จำแนกรายภาค..... | 3 |
| 1.2 แสดงสัดส่วนและจำนวนคนจน..... | 4 |
| 1.3 แสดงผลการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย..... | 8 |
| 3.1 แสดงเครื่องมือการวิจัย..... | 65 |



สารบัญญภาพ

| ภาพที่ | หน้า |
|--|------|
| 1.1 แสดงสถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวิถี..... | 15 |
| 1.2 แสดงแผนภูมิการเชื่อมโยงกรอบแนวคิดและทฤษฎี..... | 17 |
| 1.3 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดและทฤษฎีทั้งหมด..... | 18 |
| 1.4 แผนภูมิแสดงการแปลงตัวแปร..... | 19 |
| 1.5 แผนภูมิแสดงทฤษฎีทางพฤติกรรม..... | 20 |
| 2.1 แสดงกิจกรรมในการใช้พื้นที่ผู้ป่วย..... | 58 |
| 3.1 Observation Plan..... | 66 |
| 4.1 แสดงลักษณะอาคารเดิม..... | 70 |
| 4.2 แสดงผังพื้นที่อาคารเดิม..... | 74 |
| 4.3 แสดงผังรวมโครงการ..... | 75 |
| 5.1 แสดงพฤติกรรมผู้ป่วย..... | 78 |

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นแผนที่กำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาคนและสังคมไทยไปสู่ภาพลักษณ์ที่พึงปรารถนา ได้กำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและเน้นการพัฒนาแบบบูรณาการทั้งนี้ ในส่วนของแผนพัฒนาสุขภาพจิต ก็ได้กำหนดกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นที่จะพัฒนาบุคคลทั้งในเรื่องร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคม ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความอบอุ่น สนับสนุนชุมชนให้มีความเข้มแข็ง รวมทั้งพัฒนาบริการสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยมีแผนงานที่กำหนดขึ้น เพื่อรองรับกลยุทธ์ดังกล่าวรวม 4 แผนงาน คือ แผนงานบริหารจัดการการสาธารณสุข (งานบริหารทั่วไป และงานนโยบายและแผนงานบริการสาธารณสุข (งานบริการสุขภาพจิต) แผนงานสุขภาพจิต (งานสุขภาพจิตบุคคลและสถาบันงานสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต) และแผนงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ (งานบริการคำปรึกษา) การดำเนินงานต่าง ๆ ตามแนวทางและกลยุทธ์ที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จนถึงปัจจุบัน (1 ต.ค. 2539-31 ก.ค. 2542) นับได้ว่าได้ผ่านครึ่งทางของแผนฯ 8 มาแล้ว ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดผลกระทบโดยรวมต่อสุขภาพจิตของประชาชนในชาติระดับหนึ่ง แต่สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน ดังต่อไปนี้

วิถีชีวิตของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างเศรษฐกิจปัจจุบัน ทำให้ประชาชนไทยต้องทุ่มเทแรงกาย แรงใจและเวลาทำงาน การเกิดกระแสบริโภคนิยม รวมทั้งการเคลื่อนย้ายของประชาชนจากชนบทเข้าสู่เมือง และแนวโน้มของการเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลต่อความไม่เป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัว ที่ไม่สามารถเลี้ยงดูเด็กได้รับความอบอุ่นทั้งร่างกายและจิตใจรวมทั้งการพัฒนาการด้านสติปัญญา และจริยธรรม รวมทั้งสภาพครอบครัวที่แตกแยก ครอบครัวที่ไม่มีความสุข เด็กมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา-มารดา ถูกทอดทิ้ง หรือสูญเสียบิดา มารดาไปตั้งแต่วัยเยาว์นั้น จะเกิดภาวะทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าขึ้นได้นอกจากนั้นโครงสร้างสังคมไทยยังเปลี่ยนไป คนเกิดความเครียดและปรับตัวไม่ทันการแก้ปัญหาทำให้ความรุนแรงมากขึ้น อัตราการตัวตายมีมากขึ้น

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

1.1.1 โครงสร้างประชากร

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย เป็นผลสืบเนื่องมาจากการกำหนดนโยบายประชากรมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-2519) เป็นต้นมา จากการคาดการณ์จำนวนประชากรของประเทศไทย ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พบว่า ในช่วงต้นของแผนฯ (พ.ศ.2540) และในช่วงปลายแผนฯ (พ.ศ. 2544) มีสัดส่วนของประชากรในอัตราต่าง ๆ ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ สัดส่วนของประชากรในวัยทำงานมีแนวโน้มมากกว่าประชากรในวัยอื่น ๆ ในขณะที่ประชากรในวัยสูงอายุเริ่มมีสัดส่วนมากขึ้น และประชากรในวัยเด็กเริ่มมีสัดส่วนลดลง (ตามภาพที่ 1.1 และภาพที่ 1.2) ดังนั้น ในภาพรวมการดำเนินงานสุขภาพจิต ควรเน้นกลุ่มเป้าหมายในประชากรแต่ละกลุ่ม โดยสอดคล้องกับสภาพและแนวโน้มปัญหาของประชากรในแต่ละกลุ่มเป็นสำคัญ

1.1.2 ภาวะว่างงาน

เศรษฐกิจไทย มีการขยายตัวสูงอย่างต่อเนื่องในช่วงเศรษฐกิจแบบฟองสบู่ ส่งผลให้ตลาดแรงงานอยู่ในสถานะตึงตัว มีการจ้างงานเต็มที่ แต่วิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 ได้ส่งผลกระทบต่อตลาดแรงงาน ทำให้มีการเลิกจ้างในระดับสูง ปัญหาการว่างงาน และการทำงานที่ต่ำกว่าระดับมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาวะจิตใจของประชากรทั้งบุคคลที่ต้องประสบปัญหาการเลิกจ้าง ครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ที่มีสิ่งเกี่ยวข้องเป็นอันมาก ในปี 2541 มีผู้ว่างงานรวมเฉลี่ย 1.31 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.0 ของกำลังแรงงาน และเพิ่มขึ้นจากปี 2540 ถึง 2.6 เท่า นอกจากนี้ภาวะการว่างงานในปี 2541 ยังมีลักษณะแตกต่างไปจากปีก่อน ๆ กล่าวคือ มีการว่างงานของผู้มีการศึกษาทั้ง ปวช. และปริญญาเพิ่มขึ้นมากเป็น 2-3 เท่าของปี 2539 และปี 2540 และพบว่ามีการทำงานต่ำกว่าระดับของผู้ที่มีการศึกษาอาชีวศึกษา มหาวิทยาลัย เพิ่มขึ้นถึง 5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนวิกฤต

1.1.3 การเคลื่อนย้ายกำลังแรงงาน

แม้ว่ากรุงเทพมหานครและปริมณฑลจะยังคงเป็นศูนย์กลางความเจริญ และการตั้งฐานของประชากร และเกิดการขยายตัวของที่ตั้งฐานออกไปสู่เมืองโดยรอบกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พร้อมทั้งมีการเติบโตของเมืองในภูมิภาค ซึ่งปรากฏว่า ดัชนีแนวโน้มการเติบโตของกำลังแรงงานในเมือง และเขตสุขภาพิบาลเพิ่มมากขึ้นในช่วงปี 2533-2540 เท่ากับ ร้อยละ 4.4 และ 2.8 ตามลำดับ แต่วิกฤตเศรษฐกิจของประเทศไทยได้ส่งผลกระทบต่อเคลื่อนย้ายแรงงานในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ การเติบโตของกำลังแรงงานกลับไปอยู่ในภูมิภาคชนบทเพิ่มขึ้น ในขณะที่กำลังแรงงานที่เคยอยู่ในเขตสุขภาพิบาล และเขตเมืองกลับลดลงจากสภาพความเป็นไปดังกล่าว ในการดำเนินงานสุขภาพจิตจะต้องคำนึงถึงความครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายทั้งในส่วน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เมืองและชนบทโดยจะต้องเป็นการพัฒนาที่หันมาให้ความสำคัญกับพื้นที่ชนบทมากขึ้นในขณะที่จะต้องไม่ละเลยในส่วนเมืองด้วยเช่นกัน

1.1.4 ภาวะความเป็นอยู่ของประชาชน

วิกฤตเศรษฐกิจได้ส่งผลให้ฐานะความเป็นอยู่ของประชาชนหรือรายได้ต่อหัวประชากร ลดลงร้อยละ 19.2 ในช่วงการสำรวจรอบแรก (ก.พ.2541) และลดลงร้อยละ 24.8 ในช่วงการสำรวจรอบที่สามของปีเดียวกัน (ส.ค.2541)

ตารางที่ 1.1 แสดงดัชนีแนวโน้มและดัชนีรายได้ที่แท้จริงต่อหัวประชากร จำแนกรายภาค

หน่วย : ร้อยละ

| ภูมิภาค | ดัชนีแนวโน้ม (Long-term trend) | ดัชนีวิกฤต | |
|--------------------|-----------------------------------|------------|------------|
| | | รอบ 1/2541 | รอบ 3/2541 |
| กลาง | 6.8 | -20.4 | -26.1 |
| ตะวันออก | 7.1 | -29.6 | -31.7 |
| ตะวันตก | 5.1 | -18.8 | -22.1 |
| เหนือ | 6.0 | -19.3 | -26.0 |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | 10.2 | -32.4 | -37.4 |
| ใต้ | 8.1 | -22.7 | -31.3 |
| กทม. และปริมณฑล | 2.9 | -8.1 | -14.5 |
| ประเทศ | 6.3 | -19.2 | -24.8 |
| เขตเทศบาล | 3.2 | -9.1 | -13.4 |
| เขตสุขาภิบาล | 5.2 | -24.3 | -31.0 |
| หมู่บ้าน | 7.6 | -24.2 | -31.3 |

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจแรงงานระดับชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

: ประมวลผลโดยกองประเมินผลการพัฒนา สศช.

ผลกระทบดังกล่าวซึ่งเริ่มต้นในกรุงเทพมหานคร ได้แพร่กระจายออกไปทั่วทุกภูมิภาค และพื้นที่ของประเทศไทย และพบว่าเกิดปัญหาความยากจนเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในตาราง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ตารางที่ 1.2 แสดงสัดส่วนและจำนวนคนจน

| ปี | สัดส่วนคนจน (%) | จำนวนคนจน (ล้านคน) |
|----------------------------|-----------------|--------------------|
| 2531 | 32.6 | 17.9 |
| 2533 | 27.2 | 15.3 |
| 2535 | 23.2 | 13.5 |
| 2537 | 16.3 | 9.6 |
| 2539 | 11.4 | 6.8 |
| 2541 | 12.8 | 7.9 |
| อัตราการเปลี่ยนแปลง | | |
| 2531-2533 | -16.5 | -14.5 |
| 2533-2535 | -14.7 | -11.5 |
| 2535-2537 | -29.6 | -28.4 |
| 2537-2539 | -30.1 | -29.5 |
| 2539-2541 | 12.9 | 15.8 |
| ดัชนีวิเคราะห์วิกฤต | 19.7 | 22.3 |
| จำนวนที่คาดหมาย | 10.7 | 6.4 |

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจแรงงานระดับชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

: ประมวลผลโดยกองประเมินผลการพัฒนา สศช.

การลดลงของปัญหาความยากจนโดยต่อเนื่องมาแต่ต้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2531) มาสะดุดลงอย่างเห็นได้ชัดจากวิกฤตเศรษฐกิจ กล่าวคือ สัดส่วนคนจนเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก ร้อยละ 12.9 จากปี 2539 หรือทำให้จำนวนคนจนจะเพิ่มขึ้นอีก 1 ล้านคน ภายในระยะเวลา 2 ปี (ปี 2539-2541) ซึ่งเมื่อมีการศึกษาเจาะลึกในกลุ่มคนจนเหล่านี้ พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำมาก คือ ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของเส้นความยากจนหรือ "Ultra Poor" เป็น "คนจนขั้นแค้น" เพิ่มขึ้นมากถึง ร้อยละ 16.6 ในช่วงปี 2539-2541 ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้จัดเป็นกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมที่จำเป็น จะต้องได้รับการดูแล เนื่องจากเป็นบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะเปราะบางทางสุขภาพจิต และ กลุ่มบุคคลที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สถานการณ์ด้านปัญหาสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า โรคทางจิตเวชจะเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขทั่วโลก ผู้มีปัญหาทางจิตใจหรือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตในปัจจุบันมีประมาณ 1,500 ล้านคนทั่วโลก และ 3 ใน 4 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

1. **โรคจิต** เป็นโรคที่มีความสำคัญ เนื่องจากมีลักษณะเรื้อรัง และมีภาวะพึ่งพิงสูง พบว่า ปี 2540 มีจำนวน 218 คนต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นในปี 2541 เป็น 274 คนต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ในกรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคจิตเพศร้อยละ 0.2 และในเขตภูมิภาคมีร้อยละ 0.17 ในขณะที่ความชุกของโรคจิตชนิดต่าง ๆ ในกรุงเทพฯ พบร้อยละ 9.57 และเขตภูมิภาคพบร้อยละ 2

2. **ภาวะปัญญาอ่อน** จากการสำรวจของโรงพยาบาลราชานุกูลใน 4 ภาคของประเทศไทย พ.ศ.2531-2532 พบบุคคลปัญญาอ่อนมีร้อยละ 0.4 ของประชากร และพบในกรุงเทพมหานครร้อยละ 1.83 และเขตภูมิภาคร้อยละ 1.3 ในปี 2540 และ 2541 ตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะพึ่งพิงสูงเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการได้รับการศึกษาตามศักยภาพ

3. **โรคลมชัก** ในปี 2537 พบประมาณร้อยละ 0.1 ของประชากร และในปี 2540 และ 2541 จากการสำรวจในกรุงเทพมหานครและเขตภูมิภาคพบถึงร้อยละ 1.32 และ 0.7 ตามลำดับสาเหตุของโรคเนื่องจากความผิดปกติของสมองด้วยปัจจัยต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุ พยาธิในสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องแล้ว จะหายขาดจากโรคนี้ได้ ในบางรายที่มีอาการนาน ๆ อาจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา เช่น ซึมเศร้า วิดกกังวลและโรคจิต เป็นต้น

4. **การฆ่าตัวตาย** จากภาวะของความเครียดและการปรับตัวในสภาพของเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ได้ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของประชาชนสูงมากขึ้นในตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ในปี พ.ศ.2536 อัตราผู้ป่วยฆ่าตัวตายมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขมีอัตรา 28.85 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 45.20 ในปี พ.ศ.2537 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาอย่างต่อเนื่อง การขยายตัวดังกล่าวเป็นไปทั้งในเชิงปริมาณและความรุนแรง ซึ่งเป็นภาพที่สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนที่มีตามมาจนนำวิตก ดังผลการสำรวจในปี 2540 และ 2541 ในกรุงเทพมหานครและเขตภูมิภาค พบผู้มีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 7.06 และ 3.1 ตามลำดับ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

5. โรคซึมเศร้า เป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคซึมเศร้า (Unipolar Major Depression) เป็นสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถ (Disability) ของประชากรดลก 1 ใน 10 อันดับแรกคิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก การพัฒนามาตรฐานการตรวจรักษาของบุคลากรในระบบบริการทางการแพทย์พื้นฐาน (Primary Medical Care) เป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากผู้เจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มนี้มักเข้ารับการรักษาจากบุคลากรในระบบบริการทางการแพทย์พื้นฐาน มิได้เข้ารับการรักษาจากสถานบริการเฉพาะเจาะจง

6. การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตบางครั้งหาทางออกโดยการใช้สุราและสารเสพติดชนิดต่าง ๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อบริโภคสุราในปริมาณสูงมากอาจทำให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง และการใช้สารเสพติดยังเป็นปัญหาระดับสูงในสังคม โดยการสำรวจในปี 2540-2541 ในกรุงเทพมหานครและเขตภูมิภาคพบมีการใช้ยา-สารเสพติด ถึงร้อยละ 32.4 และ 5.65 และพบปริมาณการใช้เกินกว่า 5 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 19.2 และ 4.7 ในขณะที่พบการดื่มสุราในลักษณะของการดื่มบ่อย ๆ ต่อเนื่องกันนานกว่า 1 ปีถึง 31.8 และ 4.2 ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตภูมิภาค ในปี 2540 และ 2541 ตามลำดับ

7. ปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคและอาการต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น เป็นปัญหาที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น ความเครียด ความผิดปกติของอารมณ์ (Bipolar Disorder) เป็นต้น จากจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตพบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐถึง 407.66 ต่อแสนประชากร ปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้เป็นปัญหาที่แอบแฝงอยู่ในหมู่ประชากร และจะปรากฏให้เห็นเมื่อปัญหาเหล่านี้ถูกสะสมมาจนถึงขั้นหาทางออกโดยใช้ความรุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาทั้งต่อตัวผู้ป่วยและสังคม

จากการรายงานใน The Global Burden of Disease กล่าวถึง ตัวชี้วัดถึงภาวะที่เกิดจากการเป็นโรค (Burden of disease) ซึ่งพิจารณาจากอัตราการตาย ผลกระทบภาวะของภาวะการตายก่อนวัยอันควร (Premature Death) และภาวะการสูญเสียความสามารถ (Disability) องค์การอนามัยโลกได้ใช้ข้อพิจารณาดังกล่าว แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะการสูญเสียความสามารถ (Disability) เป็น 7 ระดับ ซึ่งการใช้น้ำหนักของโรค/ภาวะทางจิตเวชจัดอยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO.) ยังได้กล่าวถึงรายงานสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก 10 อันดับแรก ซึ่งมีโรคทางจิตเวช 5 อันดับคือ โรคซึมเศร้า (UniPolar Major Depression) การดื่มเหล้า (Alcohol Use) ความผิดปกติทางอารมณ์ (Bipolar Disorder) โรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคประสาทวิตกกังวลย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Disorder) โดยที่ Unipolar Major Depression อยู่อันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 10.7 และคาดว่าสัดส่วนของโรคจิตเวช และโรคระบบประสาทที่ทำให้เกิด disability จะสูงขึ้นจากร้อยละ เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

10.5 ในปี พ.ศ.2543 เป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ.2563 แสดงการเปรียบเทียบการจัดทำลำดับภาวะของโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต โดยนำ DALYs มาเป็นตัววัด

Change in the rank order of disease burden for 10 leading causes, World Bank, 1990-2020 by Disease burden measured in Disability-Adjusted Life Year (DALYs)

| ปี 1990 | ปี 2020 (Base line Scenario) |
|--|---|
| Disease or Injury | Disease or Injury |
| Lower Respirator Infection 1 | 1 Ischaemic Heart Disease |
| Diarrhoeaal Disease 2 | 2 Unipolar Major Depression |
| Conditions Arising During The Perinatal Period 3 | 3 Road Traffic Accident |
| Unipolar Major Depression 4 | 4 Cerebrovascular Disease |
| Ischaemic Heart Diseas 5 | 5 Chronic Obstructive Pulmonary Disease |
| Cereborvascular Disease 6 | 6 Lower Respiratory Infectious |
| Turberculosis 7 | 7 Tuberculosis |
| Measles 8 | 8 War |
| Road Traffic Accident 9 | 9 Diarrhoeal Disease |
| Congenital Anomalies 10 | 10 HIV |

สภาพปัญหาของประเทศไทยปัจจุบัน เนื่องจากไม่มีการศึกษาความสูญเสียของภาวะซึมเศร้าว่าเกิดความสูญเสียต่อองค์กร บุคคล และเศรษฐกิจเพียงใด และมีคนไทยมากน้อยเพียงใดที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือบุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้า จะลดประสิทธิภาพการดำเนินชีวิตประจำวันลงจากเดิมมาก จิตแพทย์ในฐานะผู้ให้การดูแล ให้ทัศนะเปรียบเทียบ (Expert's Opinion) ว่าผู้ป่วยหรือบุคคลที่ประสบภาวะซึมเศร้าสูญเสียหน้าที่การทำงานต่างๆ กับผู้เป็นอัมพาต ที่ไม่สามารถยกแขนและขาได้ทั้ง 2 ข้างเลยทีเดียว ผลเสียของภาวะซึมเศร้าต่อบุคคล กับผู้เป็นอัมพาต ที่ไม่สามารถยกแขนและขาได้ทั้ง 2 ข้างเลยทีเดียว ผลเสียของภาวะซึมเศร้าต่อบุคคล นอกจากจะสูญเสียการดำเนินชีวิตประจำวันไปช่วงหนึ่งแล้ว ท้ายสุดของภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การฆ่าตัวตายกรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินการศึกษาปัญหาของการฆ่าตัวตายในประชาชนไทย พบว่า การป้องกันการฆ่าตัวตาย จะประสบผลสำเร็จได้ต้องเริ่มดำเนินการที่กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อน คนที่ประสบภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ในการเริ่ม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ดำเนินการป้องกัน การค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องมีการดำเนินการโดยในปี พ.ศ.2540 และปี 2541 กรมสุขภาพจิตได้เร่งดำเนินการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชน โดยศึกษาความชุกของความผิดปกติต่าง ๆ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า วิตกกังวล การฆ่าตัวตาย ลมชัก ปัญญาอ่อน และการติดยา-สารเสพติด การดื่มสุราในคนไทย รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต เพื่อนำมาวางแผนในการดำเนินงานสุขภาพจิตแก่ประชาชนในทุกด้าน ในปี พ.ศ. 2540 ทำการสำรวจประชากรในกรุงเทพมหานครจำนวน 2,948 ราย พบว่า ประชาชนกรุงเทพมหานครได้รับการคัดกรองว่าความผิดปกติทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 21.34 โดยไม่รวมการติดยา-สารเสพติดและสุรา ในการสำรวจนี้ได้คัดกรองประชากรแล้ว พบความผิดปกติทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่งมาวินิจฉัยเพื่อยืนยันความผิดปกติชนิดต่างๆ พบว่าร้อยละ 15.74 ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทปัญญาอ่อน โรคลมชัก ความผิดปกติของอารมณ์ โรควิตกกังวล ในปี พ.ศ.2541 กรมสุขภาพจิตได้ทำการสำรวจโดยวิธีเดียวกันในกลุ่มประชากรเขตภูมิภาค ทุกภาคของประเทศ รวม 13 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ 3 จังหวัด คือ เชียงราย ลำปาง อุทัยธานี ภาคกลาง 4 จังหวัด คือ นนทบุรี สระบุรี ราชบุรี สระแก้วภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 จังหวัด คือ บุรีรัมย์ อุตรดิตถ์ ศรีสะเกษ นครพนม ส่วนภาคใต้ 2 จังหวัด คือ นครศรีธรรมราช และสงขลา มีประชากรในการศึกษา 7,150 ราย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความชุกของผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่อยู่ในชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 แสดงผลการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย
ในปี พ.ศ.2540-2541

| ผลการศึกษา | ความชุกของโรค (ร้อยละ) | |
|------------------------|------------------------|-------------------|
| | กรุงเทพมหานคร (2540) | เขตภูมิภาค (2541) |
| จำนวนตัวอย่าง | 2,948 | 7,149 |
| การคัดกรองโรค | | |
| ปัญญาอ่อน | 1.83 | 1.3 |
| โรคประสาท | 15.47 | 4.4 |
| โรคจิตชนิดต่าง ๆ | 9.57 | 2 |
| อารมณ์ครึ่งแครงผิดปกติ | 4.27 | 0.6 |
| มีความคิดฆ่าตัวตาย | 7.06 | 3.1 |
| อาการย้ำคิดย้ำทำ | 7.46 | 1.3 |
| โรคลมชัก | 1.32 | 0.7 |

ตารางที่ 1.3 (ต่อ)

| ผลการศึกษา | ความชุกของโรค (ร้อยละ) | |
|----------------------------------|------------------------|-------------------|
| | กรุงเทพมหานคร (2540) | เขตภูมิภาค (2541) |
| ใช้ยา-สารเสพติด | 32.4 | 5.65 |
| ใช้เกิน 5 ครั้ง | 19.2 | 4.7 |
| ใช้เพื่อสบายใจ คลายเครียด | 13.2 | 0.95 |
| การดื่มสุรา | 37.9 | 10.2 |
| ดื่มเป็นครั้งคราว | 87.0 | 6.0 |
| ดื่มบ่อย ๆ ติดต่อกันนานกว่า 1 ปี | 31.8 | 4.2 |
| การวินิจฉัยโรค | | |
| โรคจิตเภท | 0.2 | 0.17 |
| ความผิดปกติของอารมณ์ ชนิด | | |
| คลุ้มคลั่ง | 1.42 | 1.4 |
| ซึมเศร้ารุนแรง | 3.05 | 0.3 |
| ซึมเศร้า | 0.14 | 0.1 |
| โรควิตกกังวล ชนิด | | |
| Hypochondriasis | 0.92 | 0.8 |
| Somatization | 0.1 | 0.2 |
| Panic Disorder | 1.29 | 10.0 |
| Generalized Anxiety Disorder | 1.53 | 0.7 |
| Agoraphobia | 0.95 | 0.8 |
| Social Phobia | 0.37 | 0.3 |
| Simple Phobia | 0.54 | 0.3 |
| Obsessive Compulsive Disorder | 0.41 | 0.3 |

สถาบันหลักในสังคมที่มีบทบาทหลักต่อวิถีชีวิตและสุขภาพจิตของบุคคล

1. สถาบันครอบครัว ครอบครัวไทยในปัจจุบัน ได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทำให้ความสัมพันธ์ที่กระชับแน่นของครอบครัวเริ่มคลายตัว โอกาสใช้เวลาร่วมกันของครอบครัวมีน้อย ขาดการติดต่อสื่อสารกันอย่างเหมาะสม ส่งผลให้แนวโน้มของการเกิดการตั้งเครียดทางอารมณ์

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สูงขึ้นสตรีต้องออกทำงานนอกบ้าน ภาวะการเลี้ยงดูเด็กตกเป็นหน้าที่ของสถาบันรับเลี้ยงเด็ก จาก การขาดความสัมพันธ์อย่างเพียงพอระหว่าง พ่อ แม่ ลูก ผลที่ตามมา ก็คือ การถ่ายทอดค่านิยม วัฒนธรรมและความเชื่อพื้นฐานจากพ่อแม่ไปสู่ลูกเป็นไปได้ยาก เกิดภาวะความไม่ต่อเนื่องทาง วัฒนธรรม ทำให้เด็กแสวงหาค่านิยมของตนเองในสังคมใหม่ เกิดปัญหาเยาวชน ปัญหายาเสพติด การทำแท้ง ตลอดจนปัญหาสังคมอื่นๆ

2. สถาบันการศึกษา สถาบันการศึกษามีหน้าที่รับผิดชอบต่อการพัฒนาการปรับตัวทาง บุคลิกภาพ ตลอดจนพัฒนาศิลปวิทยาการและจริยธรรมแก่เด็ก เดิมสถาบันการศึกษาและสถาบัน ครอบครัวยุคก่อนมีบทบาทเสริมซึ่งกันและ แต่จากความเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน บทบาทของสถาบัน ครอบครัวยุคใหม่มีต่อเด็กและเยาวชนเริ่มอ่อนตัวลง สถาบันการศึกษาจึงจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาท มากขึ้นทั้งทดแทนในส่วนของสถาบันครอบครัวด้วย

3. สถาบันศาสนาและสถาบันชุมชนอื่น การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมทาง ศาสนาเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อิทธิพลของคำสอนทางศาสนา สามารถซึมซับเข้าไปสู่บุคคลนั้นได้แต่ ด้วยวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในปัจจุบัน พบว่าประชาชนเริ่มห่างเหินจากกิจกรรมทาง ศาสนามากขึ้น นอกจากนั้น สถาบันชุมชนอื่น ๆ ได้เข้ามามีส่วนในการสร้างเสริมค่านิยม และจริยธรรม ของประชาชน โดยเฉพาะในสถานที่ทำงานซึ่งประชาชนยุคใหม่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการ ทำงานจนแทบจะไม่มีเวลาว่างพอสำหรับกิจกรรมอื่น ๆ

วิสัยทัศน์และนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิต

งานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนวิสัยทัศน์และนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิต ของรัฐบาล และสามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงภายในสภาพแวดล้อม ของที่พักอาศัยผู้ป่วยทางจิต เพื่อประโยชน์แก่สังคมในภายภาคหน้า

วิสัยทัศน์

วิสัยทัศน์สุขภาพจิตคนไทยในอนาคต

วิสัยทัศน์สุขภาพจิตของคนไทยที่พึงประสงค์ ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดากระทั่งวาระ สุดท้ายของชีวิต ซึ่งถูกกำหนดขึ้นในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้าน สาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544)

คนไทยทุกคนไม่จำกัดในเรื่องเพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ การศึกษา และ ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคนที่มีความปกติสุข ทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม โดย :

1. เกิดและเติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น
2. ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญาดีพอที่จะปรับตัว และอยู่ในโลกที่

เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถตัดสินใจในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

จิตใจสงบ สารที่ส่งวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวกคุณภาพดีโดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม
4. อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ
5. ดำรงชีวิตและประกอบอาชีพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย
6. มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

วิสัยทัศน์ของงานสุขภาพจิต

ประชาชนมีสภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธีมองตน มองโลก รวมสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคมอยู่เหมาะสมและสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อมเวลาที่เปลี่ยนแปลงโดย

1. บุคคลตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย
 - 1.1 ได้รับการพัฒนาศักยภาพภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคม
 - 1.2 มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเอง
 - 1.3 สามารถคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในการปรับตัวและดำเนินชีวิตในสังคมอย่างสมดุลและมีความสุข
2. ครอบครัวมีความอบอุ่น
 - 2.1 มีความพร้อมในการให้กำเนิดบุตร
 - 2.2 ดูแลบุตรให้มีพัฒนาการทุกด้านที่เหมาะสมตามวัย และสภาพสังคม
 - 2.3 รู้จักปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนอย่างเหมาะสม
 - 2.4 มีเวลาให้แก่กัน แล้วใช้เวลาอย่างมีคุณภาพและใช้การปรึกษาหารือเพื่อการตัดสินใจร่วมกัน
3. ชุมชนเข้มแข็ง
 - 3.1 รู้จักตนเอง รู้เท่าทันโลก
 - 3.2 ให้การดูแล เอื้ออาทร และมีความรับผิดชอบร่วมกัน โดยเฉพาะต่อเด็กผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสในสังคม
4. งานบริการสุขภาพจิตได้รับการพัฒนา
 - 4.1 ให้มีประสิทธิภาพ
 - 4.2 ให้มีความครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม เพศ วัย เชื้อชาติ ฐานะอย่างสมเหตุสมผล

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ปัจจุบันนี้สภาพและสังคมรอบตัวเราได้มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นทุกวันและยังส่งผลให้ความคิด และจิตใจของคนในสังคมได้เปลี่ยนไปด้วย ซึ่งด้วยเหตุนี้จึงทำให้คนในสังคมอาจเกิดอาการถูกกดดันหรือบั่นทอนจากเหตุการณ์ต่าง ๆ หรือคนรอบข้าง ซึ่งสำหรับคนบางคนอาจส่งผลถึงเกิดการป่วยทางจิตได้ ดังนั้นสภาพแวดล้อมจึงมีส่วนอย่างยิ่งที่จะช่วยหาปัญหาเหล่านี้ให้หมดไป หรือมีส่วนช่วยส่งเสริมหรือบำบัดสภาพจิตใจของมนุษย์ได้อีกทางหนึ่ง

และเมื่อมนุษย์นั้นได้เป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมจากนั้นมนุษย์ยังมีการปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดก็ตามได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์หรือทฤษฎีเกี่ยวกับมนุษย์และสภาพแวดล้อมไว้ว่า "มนุษย์ถูกแบ่งการปฏิสัมพันธ์ได้ดังนี้ คือ มนุษย์จะมีการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม และปฏิสัมพันธ์กันเองในบริบทของสภาพแวดล้อม" (วิมลสิทธิ์ หรยางกูล : พฤติกรรมมนุษย์กับสภาพแวดล้อม : 2537) ซึ่งจากทฤษฎีนี้ยังกล่าวถึงการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับสภาพแวดล้อมที่ส่งผลถึงพฤติกรรมภายในหรือจิตใจด้วย (Covert Behavior) ดังนั้นจากแนวคิด และทฤษฎีนี้จึงทำให้เห็นความสำคัญของสภาพแวดล้อมภายนอกที่อาจจะมีส่วนในการสร้างสรรค์ รักษา หรือทำร้ายสภาพจิตใจของมนุษย์ได้เช่นกัน

งานวิจัยชิ้นนี้จึงต้องการแสดงให้เห็นถึงแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวว่าสามารถนำไปใช้ในการที่จะออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพื่อที่จะรักษาและส่งเสริมต่อสุขภาพจิตของมนุษย์ให้ดีขึ้น และอยู่กับสังคมต่อไปได้อย่างปกติสุข

จากการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทำให้ทราบถึงทฤษฎีที่เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะนำมาศึกษาและเชื่อมโยงเข้าสู่ประเด็นปัญหาการวิจัยดังนี้

ทฤษฎี Milieu Therapy

ทฤษฎีนี้ได้บอกถึงประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับกับตัวอาคารพักผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจนและแยกประเด็นในการรักษาไว้ด้วยแต่ ณ. ที่นี้เราจะทำการศึกษาเฉพาะในส่วนของประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตัวอาคารพักผู้ป่วยเท่านั้นประเด็นอื่นจะชี้แจงให้ทราบเพื่อนเข้าใจถึงปัญหาและการขาดการดูแลอย่างถูกต้องจากทางราชการในปัจจุบัน

กลไกสำคัญของทฤษฎี Milieu Therapy

ประกอบด้วย

1. สถานที่ (Physical and Environmental Climate)
2. กิจกรรม (Program or Activity)
3. บุคลากรผู้ให้การรักษา (Patient)
4. คนไข้ (Patient)

จากทฤษฎีหลักข้างต้นนี้เป็นทฤษฎีหลักที่จะนำมาวิจัยกับสถานที่จริงและแสดงให้เห็นถึง

ปัญหาเดิมที่มีอยู่กับการแนวทางการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการออกแบบสำหรับบ้านพักผู้ป่วยในอนาคต

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

1.2 ที่มาและประเด็นปัญหาการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและทำการสัมภาษณ์โดยวิธี (Pilot study) จากผู้ชำนาญการทางด้านสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่จิตแพทย์ต่าง ๆ ทำให้ทราบถึงประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องการแนวทางเพื่อจะแก้ไขหรือปรับปรุงเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชากรในประเทศดังต่อไปนี้

ประเด็นปัญหา คือ

1. ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 สำรวจประชากรในวัยทำงานได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าในช่วงวัยอื่น คือ ช่วงอายุ 20-40 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทถึง 80% จึงทำให้เป็นปัญหาในการพัฒนาประเทศและสังคม
2. องค์กรที่ทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพจิตและกรมประชาสัมพันธ์กระจายหน่วยงานเพื่อช่วยเหลือหรือบำบัดรักษาผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตแก่สังคมในเมือง และภูมิภาคในปริมาณที่ไม่เพียงพอ
3. ลักษณะของหน่วยงานเพื่อช่วยเหลือและบำบัดผู้ป่วยจิตเภทขาดความชัดเจนในการใช้ทฤษฎี Milieu Therapy ในการรักษาผู้ป่วยและขาดการสนับสนุนจากทางราชการ
4. การบันทึกเพื่อเป็นข้อมูลของทางราชการขาดการปฏิบัติอย่างจริงจังจึงทำให้เกิด DATA BASE ที่ดีสำหรับบางปัจจัยที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญและต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือสังคมในส่วนนี้จึงได้ทำการวิจัยเพื่อเสนอแนวทางซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความรู้และการศึกษาของผู้วิจัยซึ่งมีวัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัยชี้แจงไว้ในบทต่อไป

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมกายภาพ ของอาคารพักผู้ป่วยสถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวิถึ (Half way House)
2. เพื่อศึกษาทฤษฎีการออกแบบอาคารพักผู้ป่วยตามแนวทางของ MILIEU THERAPY
3. เพื่อเสนอแนวทางการออกแบบอาคารพักผู้ป่วยภายในบ้านกิ่งวิถึ (Half way House) ตามแนวทางของทฤษฎี (MILIEU THERAPY)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

ดังที่เคยมีทฤษฎีกล่าวว่า มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมและมนุษย์กับสภาพแวดล้อมสามารถปฏิสัมพันธ์กันได้ และสภาพแวดล้อมยังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกันของมนุษย์ (วิมลสิทธิ์ หรยางกุล : 2535)

ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการกำหนดสมมุติฐานดังต่อไปนี้ คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย

1. การแบ่งพื้นที่ด้วยผนัง
2. การเจาะช่องแสง
3. การใช้สี
4. การใช้พืชพันธุ์

ภายในของที่พักอาศัยทำให้เกิดแนวทางของพฤติกรรมของมนุษย์

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1. ทำการวิจัยในเรื่องของสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในอาคารเรือนพักผู้ป่วยในบ้านกึ่งวิถี
2. ทำการวิจัยในผู้ป่วยประเภท จิตเภท (Schizophrenia) และเป็นผู้ป่วยในที่อยู่มาแล้ว

1 ปีขึ้นไปซึ่งประกอบด้วย 5 ประเภท คือ

- 2.1 อาการหลงผิด
- 1.2 ประสาทหลอน
- 2.3 คำพูดสับสน
- 2.4 อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม
- 2.5 ความคิดสับสน

3. ทำการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 25 ปีขึ้นไป

รายชื่อหน่วยงานหรือสถานที่ทำการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร

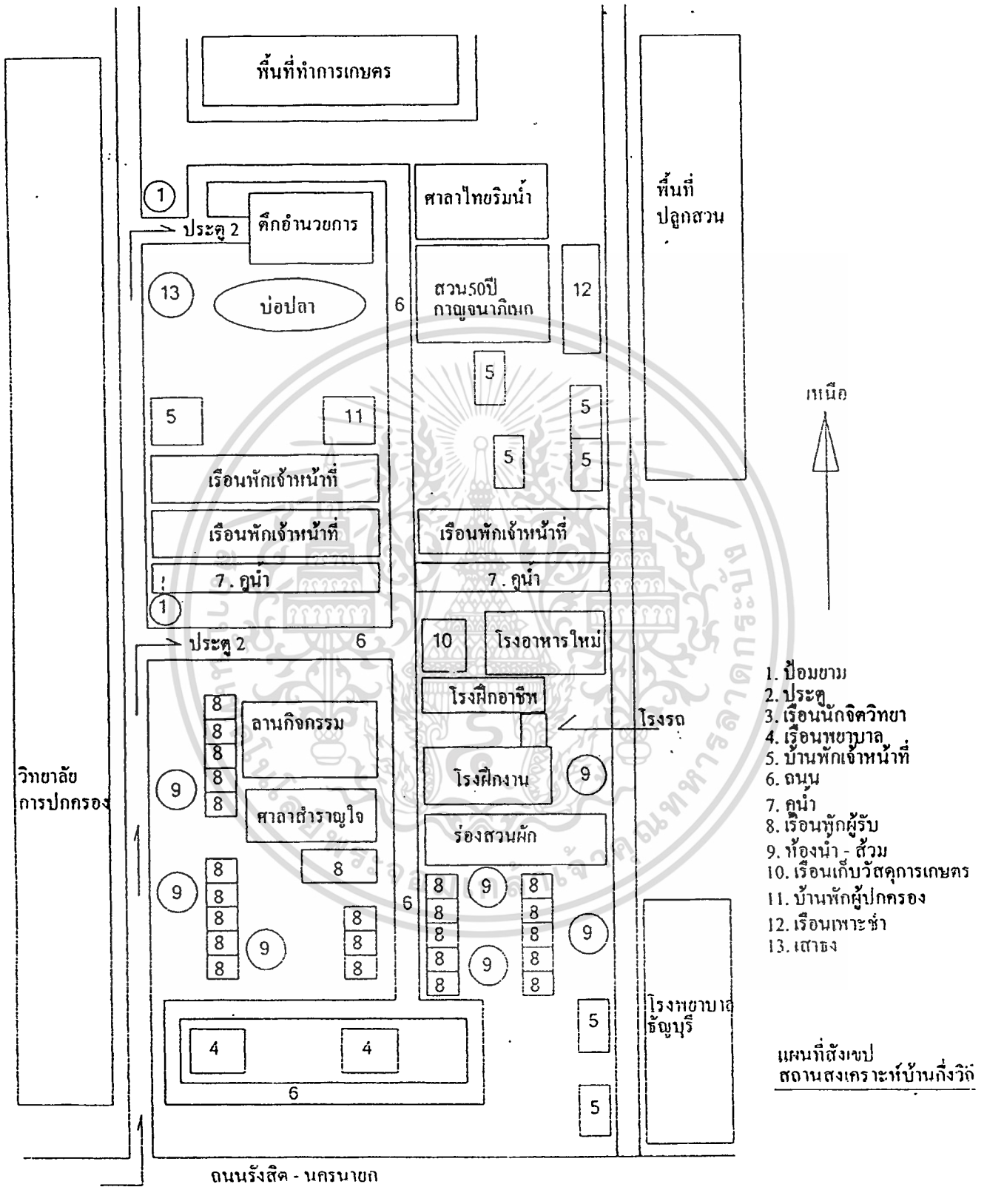
สถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถี

130 หมู่ 1 ต.รังสิต ถ.รังสิต จ.นครนายก (คลอง 6)

อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12110

สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 1.1 สถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

งานวิจัยชิ้นนี้จัดทำขึ้นเพื่อหวังประโยชน์ในภายภาคหน้าแก่ผู้ที่สนใจหรือต้องการข้อมูลพื้นฐานเพื่อที่จะศึกษาต่อและนำข้อมูลนี้เผยแพร่สู่สังคมโดยอำนวยการประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ทราบถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับการบำบัด ซึ่งอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างอาคารพักอาศัยสำหรับผู้ป่วยทางจิตขึ้นเองภายในที่พักอาศัยก็ได้ ในกรณีที่มีต่อการให้ผู้ป่วยเข้าไปใช้บริการของโรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยห่างไกลจากสังคมของตนเองมากขึ้น

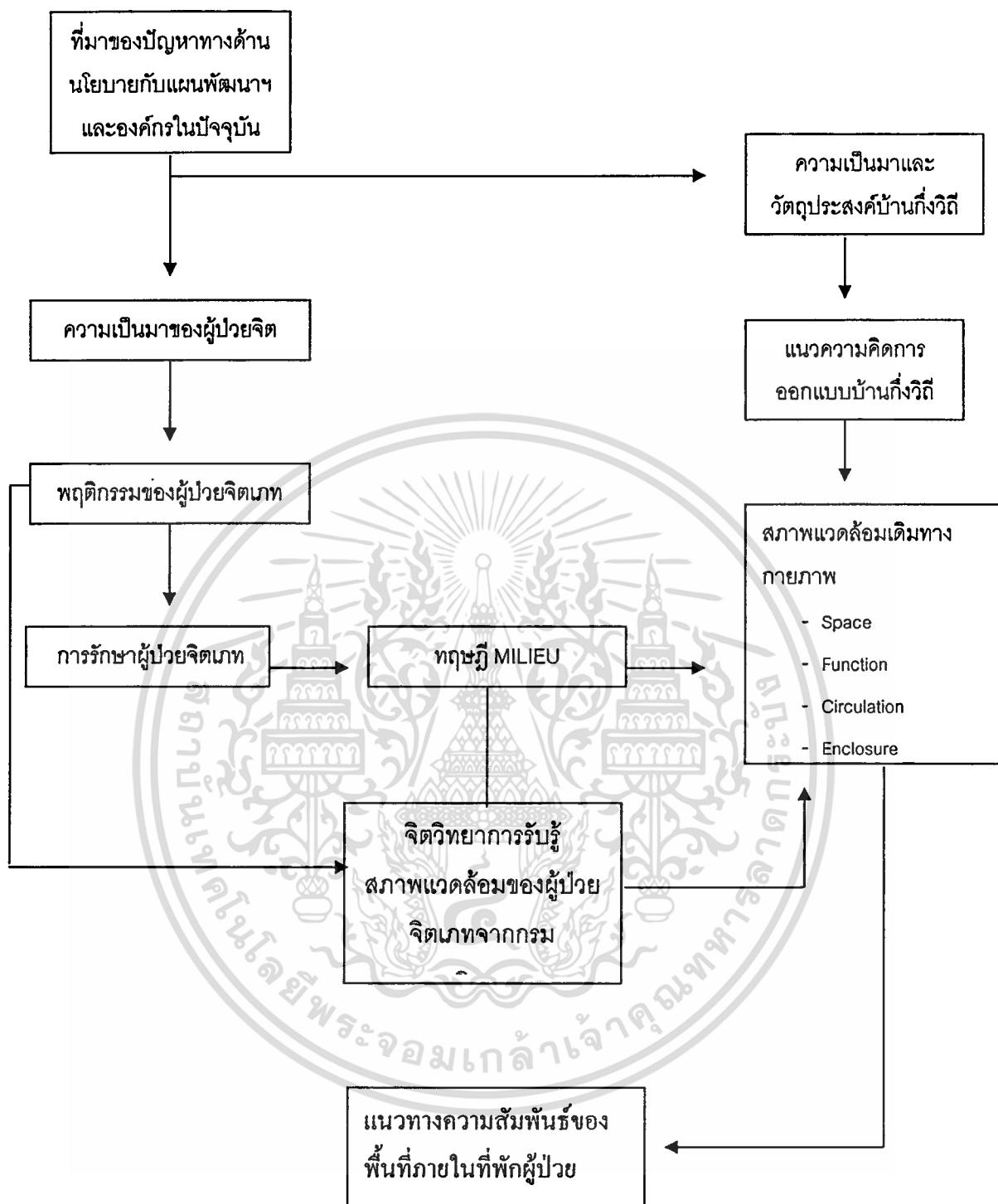
2. เป็นแนวทางในการออกแบบปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในอาคารต่าง ๆ ในส่วนของที่พักผู้ป่วย

1.7 กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ซึ่งจะแสดงให้เห็นในภาพรวมของทฤษฎีทั้งหมดดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีในส่วนของพฤติกรรมประกอบด้วย
 - 1.1 ความเป็นมาและประเภทของโรคจิต
 - 1.2 นิยามความเป็นมาของโรคจิตเภท
 - 1.3 รูปแบบในการรักษา
 - 1.4 การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 ทฤษฎีพฤติกรรมและของผู้ป่วยจิตเภท
2. ทฤษฎีในส่วนของสภาพแวดล้อมทางกายภาพประกอบด้วย
 - 2.1 ความเป็นมาของสถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถี
 - 2.2 แนวความคิดและวัตถุประสงค์ในการก่อตั้งสถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถี
 - 2.3 ส่วนประกอบของพื้นที่ต่าง ๆ ภายในสถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถี
 - 2.4 Configuration ของอาคารส่วนเรือนพักผู้ป่วย และหลักในการออกแบบในปัจจุบัน
3. ทฤษฎีการรักษาด้วยสภาพแวดล้อมบำบัด
 - 3.1 ทฤษฎีการรักษาด้วยสภาพแวดล้อม (Milieu therapy)
 - 3.2 จิตวิทยาเรื่องสีและการรับรู้
 - 3.3 จิตวิทยาเรื่องแสงและการรับรู้

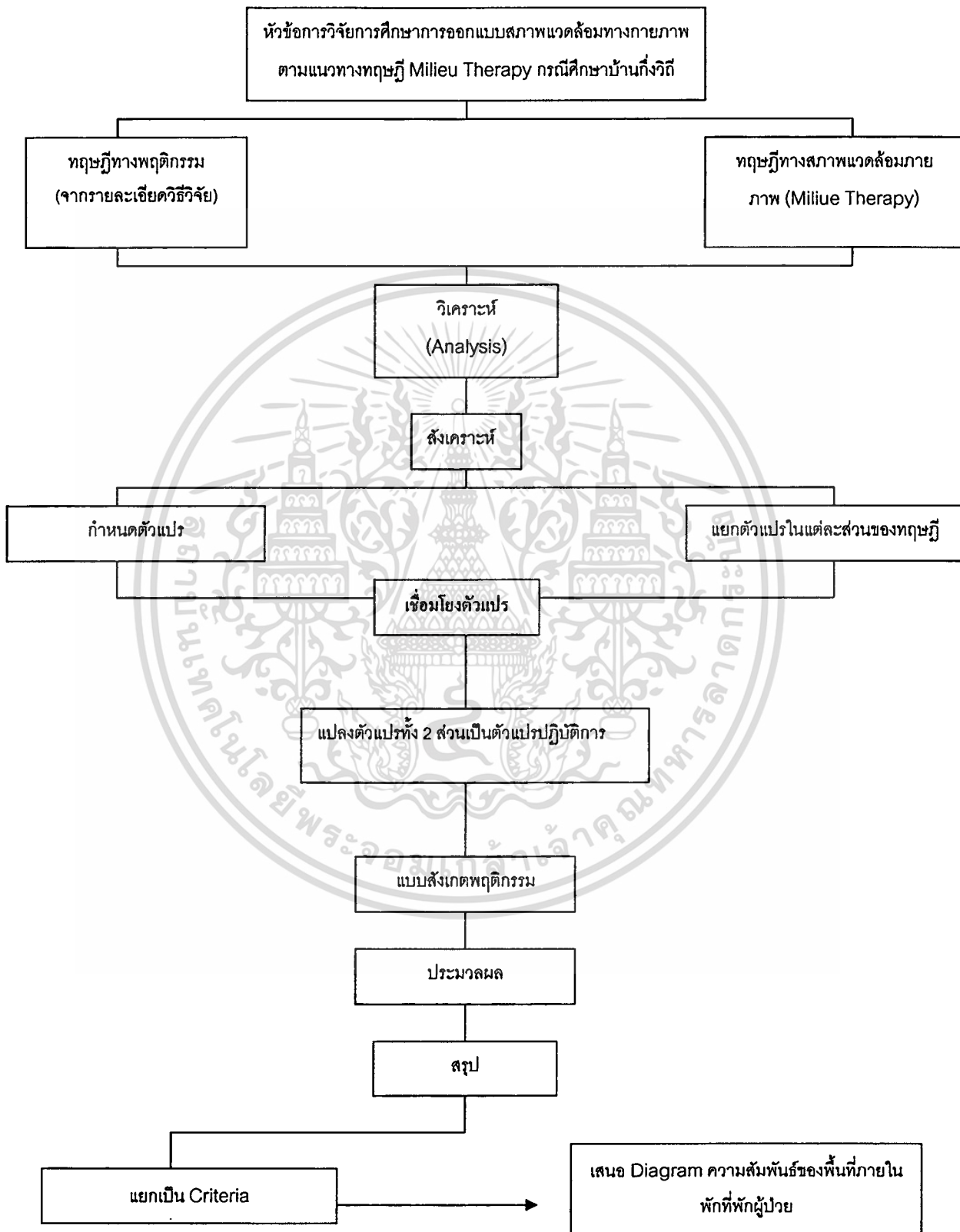
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 1.2 แผนภูมิแสดงการเชื่อมโยงกรอบแนวคิดและทฤษฎี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กรอบแนวคิดและทฤษฎีทั้งหมดนี้ได้ถูกรวบรวมไว้เพื่อแสดงให้เห็นถึงขั้นตอนของการทำงานวิจัย ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1.3 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดและทฤษฎีทั้งหมด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนลิขสิทธิ์หรือการสงวนสิทธิ์อื่นใดไว้แล้ว ไม่อนุญาตให้มาไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

การแบ่งประเภทของตัวแปร

ตัวแปรอิสระ (Independence Variable)

- * ผู้ป่วยจิตเภท
- * เพศ
- * อายุ

ตัวแปรตาม (Dependence Variable)

- * พฤติกรรมของผู้ป่วย
- * อารมณ์ผู้ป่วย
- * การรับรู้ผู้ป่วย
- * สภาพแวดล้อมภายในที่พัก

การแปลงตัวแปร (Conceptual เป็น Operational)

Conceptual Variable

พฤติกรรมผู้ป่วย

อารมณ์ผู้ป่วย

การรับรู้ของผู้ป่วย

สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในอาคาร

Operatual Variable

- กิจกรรมภายในที่พัก
- การเคลื่อนที่ของผู้ป่วยภายในที่พักและสภาพแวดล้อมภายนอกบ้านพัก

- ขนาดของพื้นที่ภายในที่พัก
- ตำแหน่งของพื้นที่ใช้สอยภายในที่พัก
- สีภายใน
- แสงธรรมชาติจากภายนอก/ประกอบ
- การปิดล้อมพื้นที่ภายใน

ภาพที่ 1.4 แผนภูมิแสดงการแปลงตัวแปร

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

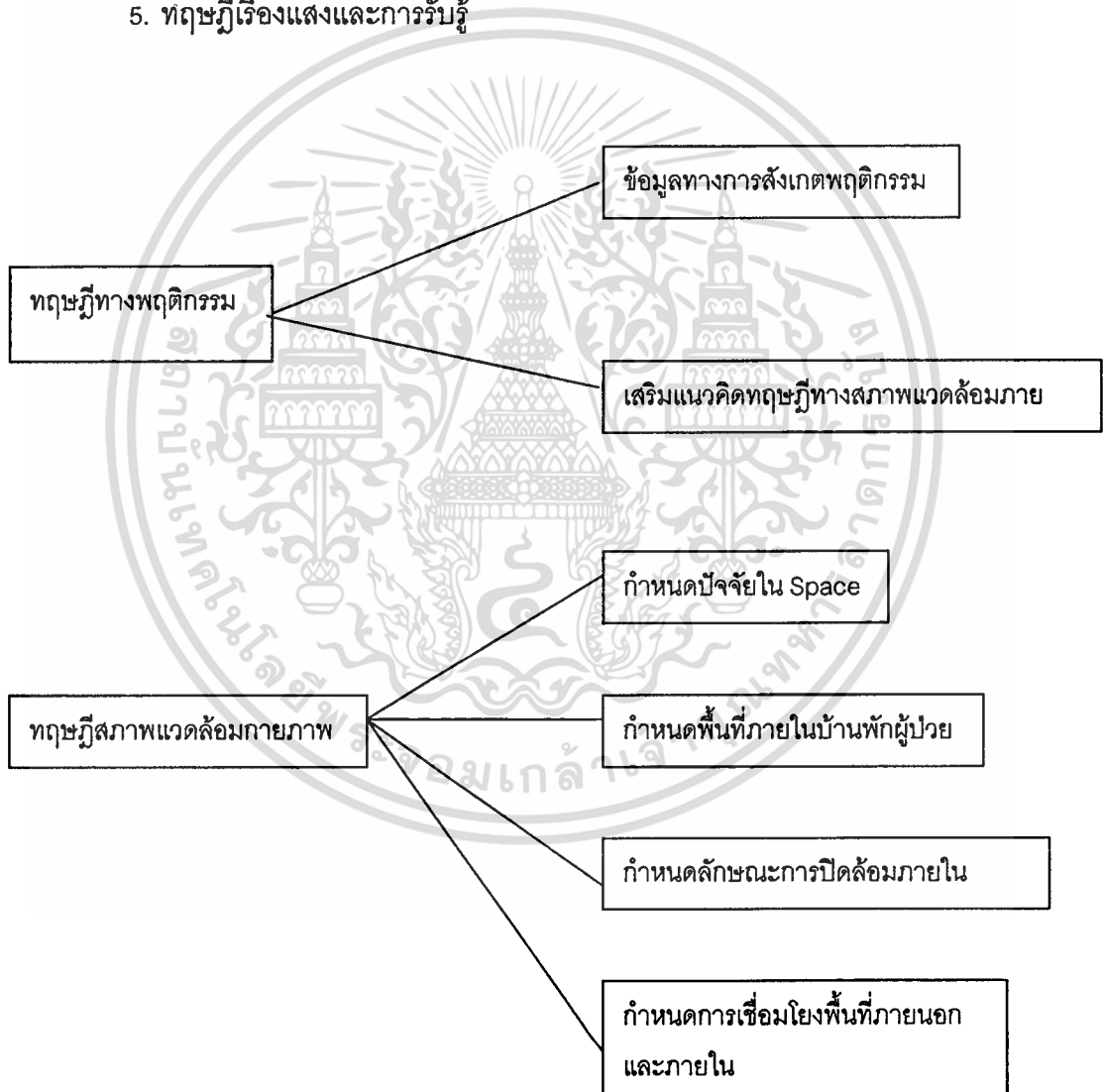
สรุปแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในงานวิจัย

ทฤษฎีสภาพแวดล้อมทางกายภาพ

- ทฤษฎี Milieu Therapy

ทฤษฎีทางพฤติกรรม

1. การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท
2. นิยามความเป็นมาของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ความเป็นมาและประเภทของโรคจิต
4. ทฤษฎีเรื่องสีและการรับรู้
5. ทฤษฎีเรื่องแสงและการรับรู้



ภาพที่ 1.5 แผนภูมิแสดงทฤษฎีทางพฤติกรรม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

2.1 การทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัย

ประกอบด้วยกลุ่มของทฤษฎี 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. ทฤษฎีทางพฤติกรรม
2. ทฤษฎีทางสภาพแวดล้อมกายภาพ

ซึ่งทฤษฎีทางพฤติกรรมจะประกอบด้วยทฤษฎี ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีในเชิงพฤติกรรมประกอบด้วย
 - 1.1 ความเป็นมา และประเภทของโรคจิต

โรคจิตคืออะไร

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตกลุ่มหนึ่ง ที่มีความผิดปกติทางจิตใจ แสดงออกในลักษณะของความคิดผิดปกติในแนวความคิด (thought) อารมณ์ (perception) และพฤติกรรม (behavior) โดยเฉพาะแนวความคิดจะแปรปรวนผิดความเป็นจริงไปมาก จะทำให้บางคนเรียกโรคจิตเภทนี้ว่าเป็นโรคจิตที่มีความผิดปกติของความคิด (thinging disorder)

การจำแนกชนิดของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทแบ่งออกเป็นชนิดต่าง ๆ ไว้ดังนี้

1. Simple Type มีลักษณะสำคัญคือ ผู้ป่วยขาดความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก และสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยสิ้นเชิง บุคลิกภาพเปลี่ยนไปในทางเสื่อมเก็บตัวอยู่ตามลำพังคนเดียว ละเลยกิจวัตรประจำวัน อารมณ์เป็นแบบเฉยเมย ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองผิดปกติ อาการโรคจิต เช่น ความคิดหลงผิดและประสาทหลอนไม่มีโรคจิตเภทชนิดนี้มักเกิดกับวัยรุ่น ค่อยเป็นค่อยไป ถ้าไม่รักษาหรือญาติไม่ดูแลผู้ป่วยอาจประพฤติดีเป็นโสดได้ คนจรจัดได้

2. Hebophrenia Type ลักษณะสำคัญของโรคจิตเภทชนิดนี้ คือ มีความผิดปกติของอารมณ์และรูปแบบของความคิดอย่างมาก ความคิดของผู้ป่วยไม่ติดต่อสัมพันธ์กัน ทำให้พูดจาไม่ต่อเนื่อง ฟังไม่รู้เรื่อง มีประสาทหลอนและความคิดหลงผิดชอบพูดคนเดียวหรือพูดกับต้นไม้ อาการมักเริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อย ค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพอย่างมาก นำมาก่อน โรคจิตเภทชนิดนี้เป็นแบบเรื้อรัง ไม่มีโอกาสหาย อาการอาจดีขึ้นไม่ยาก ผู้ป่วยจะเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมต้องมีคนคอยดูแลตลอดชีวิต

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. Catatonic Type แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

ก. ชนิดที่เฉย ๆ นั่งไม่กระดุกกระดิก ไม่ยอมพูด อาจนอนอยู่บนเตียงเป็นวัน ๆ ใบหน้าแสดงความเศร้าเครียดคล้ายมีอะไรอยู่ในใจ ถ้าพยายามไปเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะแสดงท่าขัดขืน

ข. ชนิด Excite พวกนี้มีอาการเคลื่อนไหวเร็ว ชอบทำลายข้าวของและก้าวร้าว อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น

ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้จัดเป็นติดเวทจนเงินซึ่งต้องรักษาเพราะอาจเกิดอันตรายจากการขาดอาหาร ร่างกายหมดแรง ทำอันตรายตัวเองหรือผู้อื่น

4. Paranoid Type ลักษณะสำคัญคือ ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดแบบระวางโดยไม่มี

เหตุผล เช่น ระวางว่าคนจะทำร้าย มักจะเกิดร่วมกับอาการหลงผิดคิดว่าตนเองใหญ่โต

5. Schizoaffective Type ลักษณะสำคัญคือ มีอาการร่วมระหว่างความแปรปรวนของความคิดและอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าร่วมกัน อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ รู้สึกตัวเองมีความผิด เบื่อชีวิตหรือคิดอยากตาย พบอัตราการฆ่าตัวตายบ่อยกว่าโรคจิตเภทชนิดอื่น โรคจิตเภทชนิดนี้เมื่อเป็นแล้วอาจรักษาให้หายเป็นปกติได้ แล้วเป็นซ้ำอีก หรือเมื่อรักษาแล้วไม่หายเป็นเรื้อรังตลอดไป

6. Chronic undifferentiated หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีอาการเด่นชัดอย่างใดอย่างหนึ่งตามชนิดต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น แต่มีอาการเข้าได้กับโรคจิตเภท อาการของโรคจิตต่าง ๆ มีชัดเจนเช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนและพฤติกรรมผิดปกติ

7. Residual Type หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคจิตเภทมาก่อนแต่ขณะนี้ไม่มีอาการโรคจิตชัดเจนมีเพียงอาการบางอย่างที่แสดงว่ายังไม่หายเป็นปกติ อาการที่ยังเหลืออยู่บ้างได้แก่ การแยกตัวเอง ยังไม่ยอมพูดจากับใคร สีหน้าจะเฉยไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อาจมีประสาทหลอนหรือความคิดผิดหลงผิดแต่ไม่มากและคลุมเคลือไม่เด่นชัด อาการต่าง ๆ จะมีอยู่เช่นนี้ไม่หายหมด

2.2 นิยามความเป็นมาของโรคจิตเภท

จิตเภทมาจากคำว่า จิต+เภท คำว่าเภท แปลว่า แยกแยกหรือ ทำลาย ฉะนั้นจิตเภท แปลว่าจิตใจแตกแยกหรือถูกทำลาย เวลาจิตใจแตกแยก จะแสดงความผิดปกติให้เห็นในแนวความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม

ส่วนคำว่า "Schizophrenia" มีรากศัพท์จากภาษากรีก มาจากคำว่า Schizo+phren Schizo = Split (ผ่า , แยกแยก) phren-mind (จิตใจ) Schizophrenia เป็นชื่อโรคที่ทางแพทย์ Eugen Bleuler จิตแพทย์ชาวสวิสได้ตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2454²

ชื่อโรคทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้ตั้งขึ้น โดยมีความหมายเหมาะสมกับอาการที่แสดงออกอย่างมาก จึงทำให้เป็นที่นิยมเรียกชื่อนี้มาจนถึงปัจจุบัน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนลิขสิทธิ์ไว้เพื่อใช้ในการศึกษาและเผยแพร่ความรู้สู่สาธารณชนโดยไม่หวังผลตอบแทนให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ชูวิต ปานปรีชา, นพ. ความรู้สำหรับประชาชน เล่ม 2

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย พ.ศ.2524, หน้า 43.

เพ็ญอักษร หน้า 44.

โรคจิตเภทพบว่าได้ประมาณร้อยละ 0.9 ของประชากรทั่วไป กระจัดกระจายไปทั่วโลก มีอัตราการป่วยของประชากรทุกประเทศในอัตราที่ใกล้เคียงกันโรคนี้เป็นได้ทั้งหญิงและชายเท่า ๆ กัน แต่ผู้ป่วยชายมักถูกนำส่งโรงพยาบาลมากกว่าอาจเนื่องจากผู้ป่วยชายแสดงอาการรุนแรงและน่ากลัวกว่า อีกประการหนึ่ง ขนบธรรมเนียมและความรับผิดชอบในครอบครัวก็มีผล ทำให้พ่อแม่ผู้ใกล้ชิดรีบนำผู้ป่วยชายมารักษาตัวมากกว่าผู้ป่วยหญิง โรคนี้ส่วนมากเกิดกับคนวัยรุ่นหรือหนุ่มสาวอายุที่พบมากอยู่ระหว่าง 20-25 ปี พบมากในคนโสด หย่าร้าง พ่อหม้าย แม่หม้าย พบน้อยลงมาก ส่วนผู้ที่แต่งงานแล้วยังอยู่ด้วยกัน พบว่าป่วยเป็นโรคนี้น้อยที่สุด

อัตราการป่วยด้วยโรคจิตเภทจะสูงในครอบครัวที่มีฐานะยากจน หรือบ้านที่อยู่อาศัยอยู่กันอย่างแออัด คนในกรุงป่วยมากกว่าคนในชนบท นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทในอัตราสูง ในแหล่งอุตสาหกรรม และแหล่งที่มีผู้อพยพจากถิ่นต่าง ๆ มาอาศัยอยู่รวมกัน การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคมอย่างรวดเร็วก็มีผลทำให้อัตราการป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นเช่นกัน ในหน่วยงานที่ให้บริการด้านจิตเวช เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคนี้มารับการรักษาประมาณร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยทั้งหมด³ โดยเฉพาะในแผนกผู้ป่วยในมีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าหนึ่ง เนื่องจากมีอาการรุนแรงต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ไม่เช่นนั้นจะเกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ส่วนมากเป็นเรื้อรัง ต้องใช้เวลารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตชนิดอื่น ๆ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้มักรักษาไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีความผิดปกติของบุคลิภาพให้เห็นได้

2.2.1 สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่นอน แต่สันนิษฐานว่า เกิดจากสาเหตุหลาย ๆ อย่างร่วมกัน ซึ่งสามเหตุใหญ่ ๆ มี 3 ประการ คือ¹

³สมภาพ เรืองตระกูล, รศ.นพ.โรคจิตเภท คู่มือจิตเวชศาสตร์, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ พ.ศ.2523, หน้า 66.

⁴เพ็ญอักษร หน้า 45-49.

2.2.2 สาเหตุทางร่างกาย

กรรมพันธุ์

กรรมพันธุ์เป็นสาเหตุของโรคจิตเภทหรือไม่ สมัยก่อนมีความเชื่อรวมทั้งมี

ผลการวิจัยที่ออกมาว่า กรรมพันธุ์เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ทำให้คนไม่กล้าแต่งงานกับคนที่เคย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ป่วยเป็นโรคนี้หรือแม้ตัวจะไม่เคยเป็น แต่มีบิดามารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นก็ไม่ค่อยจะมีใคร แต่งงานด้วย ปัจจุบันนี้จากการวิจัยในระยะหลัง ๆ ของหลายประเทศได้ผลออกมาใกล้เคียงกันว่า กรรมพันธุ์มีบทบาทในการเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทน้อยมาก และพบเห็นบางครอบครัวเท่านั้นที่เป็นสาเหตุชวนหรือสาเหตุเริ่มแรกมากกว่าจะเป็นสาเหตุจริงหรือสาเหตุในตอนหลัง กรรมพันธุ์ของโรคนี้มีผลทำให้เกิดสุขภาพจิตเสียโดยทั่วไป หรือมีจิตใจอ่อนแอในตอนแรกของชีวิต ถ้าได้รับการเลี้ยงดูดี มีประสบการณ์ของชีวิตดีใช้กลไกของจิตใจในการแก้ไขปัญหาชีวิตอย่างถูกต้อง จะทำให้อิทธิพลของกรรมพันธุ์หมดความสำคัญไป และไม่มีผลไปถึงผู้สืบสกุลในชั้นหลาน ตามทฤษฎีที่เกี่ยวกับกรรมพันธุ์ของเมนเดล (Mendel Theory) ที่กล่าวไว้เลย

2.2.3 สาเหตุทางสมอง

สมองมีสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ชนิดหนึ่งเรียกว่า Dopamine หลังออกมาอยู่ในช่องว่างตรงรอยต่อของใยประสาท ถ้าผู้ใดมีอยู่มากกว่าปกติก็อาจทำให้ผู้นั้นมีความคิดแปรปรวนไปได้ นอกจากนี้ยังพบว่าเนื้องอกในสมองตรงบริเวณที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับจิตใจซึ่งเรียกว่า Limbic system ก็สามารถทำให้เกิดอาการแบบที่พบในโรคจิตเภทได้

2.2.4 สาเหตุทางจิตใจ

1. โรคจิตเภทมักเกิดกับบุคคลที่มีจิตใจอ่อนแอ อ่อนไหวต่อสิ่งยั่วเย้าต่าง ๆ ของสังคมได้ง่ายเข้ากับใครไม่ได้ หันมาสนใจตนเอง สร้างโลกของตนเองขึ้นมา
2. เนื่องจากชอบอยู่ตัวคนเดียว แก้ปัญหาโดยไม่ปรึกษาใคร ถามเองตอบเอง เมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้ก็จะใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยการจินตนาการ วิธีแก้และผลที่เกิดขึ้น จึงปรากฏการณ์ที่ไม่เป็นจริงขึ้นมา สร้างเรื่องไม่จริงขึ้นมาแทนมาชดเชยสิ่งที่ขาด หรือให้เป็นไปตามความต้องการของตนเอง
3. ชอบแก้ปัญหาด้วยการถอยหนี และหันมาใช้วิธีการแบบเด็ก
4. ชอบปฏิเสธว่าไม่มีปัญหา ไม่คิดว่าตนเองเป็นต้นเหตุของปัญหาคนอื่นต่างหากเป็นต้นเหตุหรือชอบโทษผู้อื่นนั่นเอง

2.2.5 สาเหตุจากสภาพแวดล้อม

1. สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผิดปกติ

ก. เกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีการพูดจาทักทายปราศรัยกัน ไม่มีสัมพันธภาพใกล้ชิดติดต่อกัน

ข. เกิดจากบิดามารดามีสถานภาพกลับกัน มารดาเป็นใหญ่ในครอบครัว เข้มแข็ง อารมณ์รุนแรง ไม่แสดงความรักให้เห็นหรืออยู่ใกล้ชิดกับบุตร ไม่เปิดโอกาสให้บุตรแสดงความคิดเห็น ส่วนบิดาเป็นคนอ่อนแอ เจ็บขริม เก็บความรู้สึก ไม่เป็นตัวของตัวเอง เกรงใจและ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ยอมตามมารดา ไม่สามารถจะช่วยบุตรได้เมื่อบุตรมีปัญหาเกี่ยวกับมารดา ทำให้บุตรมองสถานภาพของบิดามารดาผิดกับของคนอื่นเป็นเหตุให้บุตรเมื่อโตขึ้นเกิดความคิดแปรปรวนมองอะไรกลับกันได้

ค. เกิดจากบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน โต้แย้ง ทะเลาะกันให้บุตรเห็นเสมอๆ ต่างฝ่ายก็จะดึงเอาบุตรมาเข้าข้างตน มาเป็นกันชนหรือเป็นที่ระบายอารมณ์ บุตรจึงต้องทำตัวเป็นนกสองหัว อยู่กับบิดาก็เข้าข้างบิดา ทำตัวแบบบิดา แต่เมื่อมาอยู่กับมารดาก็เปลี่ยนมาเข้าข้างมารดา ทำตัวเหมือนมารดา เมื่อบุตรโตขึ้นจะมีความขัดแย้ง ลังเลใจอยู่เสมอ ไม่มีจุดยืนที่แน่นอน ไม่เป็นตัวของตัวเอง

2. การเลี้ยงดูของบิดามารดาไม่ถูกต้อง

ก. มารดาเลี้ยงบุตรแบบให้บุตรเป็นส่วนหนึ่งของตน ทำให้บุตรแยกตัวเองออกจากมารดาไม่ได้ หรือเลี้ยงบุตรแบบเล่นตุ๊กตาไม่ยอมให้บุตรโต เมื่อโตขึ้นย่อมแยกตนเองออกจากผู้อื่นไม่ออก หรือมีสภาพเหมือนเด็กอยู่ตลอดเวลา เกิดความผิดปกติของจิตใจในด้านความนึกคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม

ข. มารดาที่เลี้ยงบุตรแบบทำให้บุตรเกิดความงุนงง สงสัยในความหมายของภาษา ทำให้ความต้องการของมารดา เนื่องจากมารดาพูดอย่างหนึ่งแต่เวลาทำอีกอย่างหนึ่ง เช่น มารดาเรียกบุตรมาให้มารดาถอด เมื่อบุตรเข้ามาจริงกลับทำเฉยเมย หรือผลักไสออกไป เป็นเหตุให้บุตรเมื่อโตขึ้นมีความลังเล ไม่เข้าใจไม่แน่ใจในความหมายของคำพูด

ค. มารดาเลี้ยงบุตรแบบมีอารมณ์ไม่คงเส้นคงวา เดียวดี เดียวร้าย เดียวใจดี เดียวโกรธ เดียวจะเอาอย่างนั้น เดียวจะเอาอย่างนี้ ทำให้บุตรมีความคิดเห็นและอารมณ์ที่ขัดแย้งตรงกันข้ามในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นเหตุของโรคจิตเภทได้

ง. บิดามารดาที่เป็นโรคจิตเภท จะเลี้ยงบุตรสอนบุตรตามแนวความคิดที่แปรปรวนของตน บุตรจะรับเอาแนวความคิดที่ผิดปกติมาปฏิบัติ รวมทั้งเลียนแบบอย่างของอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย ทำให้บุตรเป็นโรคจิตเภทได้ง่าย

2.2.6 อาการเริ่มของโรคจิตเภท

ก่อนผู้ป่วยจะมีอาการโรคจิตชัดเจน ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติหลายอย่างซึ่งเป็นอาการนำมาก่อนระยะหนึ่ง อาการเริ่มต้นจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละรายที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ต้องมาพบแพทย์ได้แก่

1. มีปัญหาในการเรียน หรือการทำงาน เช่น การเรียนตกต่ำมาก หรือทำงานไม่ได้

2. มีการเปลี่ยนแปลงในกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่ร่วมรับประทานอาหารเหมือน

เอกสารนี้เคย หรือกลางคืนไม่นอนแต่มานอนตอนกลางวันเขาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. มีคำพูดแสดง ความคิดแปลก ๆ หรือพูดเพิ่มพำคนเดียว
4. มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น แยกตัวเองตามลำพัง พูดน้อยลงหรือ ไม่พูดกับใครเลย
5. มีอาการทางจิตเวช เช่น ตื่นเต้นตกใจง่าย กระวนกระวาย หวาดกลัว หรือพูดเกี่ยวกับความหลงผิดที่มีอยู่

2.2.7 ระยะเวลาเกิดอาการ (onset)

โรคจิตเภทมีระยะเวลาเกิดอาการได้ 2 แบบ

แบบที่ 1 โรคจะดำเนินค่อยเป็นค่อยไป เริ่มมีอาการที่เล็กน้อยระยะแรกมีอาการเพียงเล็กน้อย คนอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แม้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น เจ็บข่มไป พูดน้อยลง หรือไม่สนใจในการทำงาน ญาติคิดว่าเขาคงจะไม่อยากพูดหรือไม่อยากทำงาน ไม่ได้คิดว่าเป็นอาการเริ่มแรกของโรค โรคจิตเภทกลุ่มนี้กว่าจะมีอาการชัดเจนก็กินเวลาหลายปี

แบบที่ 2 พอเริ่มมีอาการก็รุนแรงขึ้นมาอย่างรวดเร็วทันทีทันใด ไม่กี่วันก็เห็นอาการชัดเจนก่อนมีอาการให้เห็นชัดเจน อาจมีเหตุการณ์เกิดกับผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการกำเริบขึ้นอย่างรวดเร็วเช่น ความเครียด หรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย ดุหนังสื่อหนักใกล้สอบ ทำงานหนักพักผ่อนหลับนอนไม่เพียงพอ เป็นไข้หวัดติดต่อกันหลายวันหรือเกิดความเครียดทางจิตใจเช่น ทะเลาะวิวาทกับคนในบ้าน ในที่ทำงาน กล่าวถูกหา ถูกขู่หรือถูกทำร้ายทำให้ผู้ป่วยตกใจเสียใจ การสูญเสียคนรัก ของรัก เกียรติยศ ชื่อเสียง ก็สามารถทำให้โรคจิตเภท กำเริบหรือมีอาการรุนแรงขึ้นได้

2.3 รูปแบบในการรักษา

2.3.1 หลักในการวินิจฉัย

จะมีหลักการวินิจฉัยอย่างไรว่าเป็นโรคนี้ เนื่องจากโรคจิตเภทแสดงอาการหลายอย่างทั้งด้านแนวความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เวลามีอาการเล็กน้อยก็ยากที่จะวินิจฉัย ไม่สามารถตรวจความผิดปกติได้จากการเอกซเรย์แบบโรคทางกาย การวินิจฉัยโรคจิตเภทจึงต้องอาศัยข้อมูลหลายอย่างโดยไม่ได้ยึดเอาอาการที่แสดงออกมาเป็นหลักการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียว หลักการวินิจฉัยโรคนี้ ดังนี้

1. มีอาการที่แสดงออกถึงความแปรปรวนในแนวความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมดังกล่าวมาแล้ว
2. ประวัติการป่วยด้วยอาการแบบเดียวกันนี้มาก่อน และได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์จากการป่วยครั้งก่อนว่า เป็นโรคจิตเภท

เอกสารนี้เป็นเอกสาร 3. ที่ก่อนป่วยเป็นคนมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัวนั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

4. ก่อนป่วยเวลามีปัญหาชีวิต ชอบใช้วิธีแก้ปัญหาโดยการหนี แยกตัวใช้วิธีการจินตนาการแบบเด็ก ๆ หรือปฏิเสธปัญหาและโทษผู้อื่น

5. ตรวจทางจิตวิทยา (Psychological Test) มีแบบทดสอบหลายชนิด ทำโดยนักจิตวิทยาคลินิกสามารถช่วยให้การวินิจฉัยโรคจิตเภทได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

2.3.2 การรักษา

จะรักษาโรคนี้ได้อย่างไร ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการขึ้นมาอย่างฉับพลัน จะได้รับการรักษาทันทีที่ ส่วนผู้ที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป กว่าที่จะได้รับการรักษาก็เป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทควรได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่ถูกต้อง และใช้เวลานานพอสมควรอย่างน้อยต้องไม่ต่ำกว่าเวลาที่ได้เป็นโรคนี้นั้น เพราะมิฉะนั้นแล้วจะเสี่ยงต่อการไม่หายหรือเป็น ๆ หาย ๆ ผู้ป่วยควรอยู่ในความดูแลของจิตแพทย์และคณะ ซึ่งได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักสุขภาพจิตอื่น ๆ

ระยะเริ่มแรกถ้ายังไม่เป็นมากสามารถพอไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือแบบไปกลับของโรงพยาบาลทางจิตเวชหรือที่คลินิกก็ได้ จิตแพทย์และคณะผู้ให้การบำบัดรักษาจะนัดให้ผู้ป่วยไปพบทุก 2-4 สัปดาห์หรือทุก 2-3 เดือน แล้วแต่ อาการของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเป็นมาก ควรได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด อาจได้รับการนัดให้ไปตรวจสภาพจิตทุก 3 วัน หรือทุกสัปดาห์ แต่ถ้าอาการรุนแรงมีอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิดหรือสังคม ผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จิตเวชชั่วคราว เมื่ออาการดีขึ้นก็จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและนัดให้มาตรวจเป็นระยะ ๆ ไป

เกี่ยวกับระยะเวลาที่ควรรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ญาติหลายคนเข้าใจผิด คิดว่าควรให้ผู้ป่วยอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ๆ ไม่ใช่เป็นวิธีการที่ถูกต้องโรคทางจิตใจติดกับโรคของร่างกายโรคทางใจจิตใจเท่านั้นที่อ่อนแอ ร่างกายยังแข็งแรงดีสามารถทำงานได้ แม้จะมีอาการทางกายร่วมด้วยก็ตาม การพักผ่อนนาน ๆ ไม่ได้ทำงานหรือถูกจำกัดสิทธิเสรีภาพถูกแยกออกจากสังคมภายนอกเป็นเวลานานจะเกิดผลเสียตามมา เช่น เกิดความเฉื่อยชา เกียจคร้าน ลืมวิธีการทำงาน ไม่กล้ากลับไปทำงานรับผิดชอบ ไม่กล้าเข้าสังคม การอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ จะเพิ่มปมด้อยให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าไปสู่นาฬิกาที่ห้อง ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยหายดีมีสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจเหมือนคนทั่ว ๆ ไป

2.3.3 การรักษาโรคจิตเภท ประกอบด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกันดังนี้คือ

1. การใช้ยา การใช้ยารักษาเป็นสิ่งสำคัญที่สุด พบว่า เมื่อให้ยารักษาโรคจิตแก่ผู้ป่วยเช่น Phenothiazine หรือ haloperidol ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นถึงร้อยละ 75 ในเวลา 6 สัปดาห์ อาการโรคจิตต่าง ๆ จะลดน้อยลงหรือหายไปและพฤติกรรมของผู้ป่วยจะดีขึ้นด้วย ในจำนวนนี้ ร้อยละ 46 ไม่มีอาการของโรคจิตเลย ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคดีระยะเวลาการใช้ยา

เอกสารอ้างอิงสงวนไว้สำหรับการศึกษา แต่ในรายนอกรายงานนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากแล้วควรให้ยาเป็น

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

maintenance Therapy ติดต่อกันเป็นเวลาหลายปี เพราะเมื่อหยุดยาโรคจะกลับเป็นขึ้นใหม่ได้ การให้ยานอกจากทำให้อาการ โรคจิตลดน้อยลงแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและทนต่อความเครียดได้ดีขึ้น ในรายที่ผู้ป่วยสบายคืออยู่เป็นเวลานาน อาจหยุดยาระยะหนึ่งได้ แต่ไม่ควรหยุดยานานกว่า 6 เดือน เพราะถ้านานกว่านั้นโอกาสที่โรคจะกลับเป็นรุนแรงอาจเกิดขึ้นได้

2. การรักษาด้วยช็อกไฟฟ้า คือ การใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนน้อยมากผ่านเข้าไปในสมองในเวลาไม่เกิน 1 วินาที จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการดีขึ้น การรักษาด้วยไฟฟ้ามักจะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามาก ๆ หรือผู้ป่วยอาละวาด การรักษาจะใช้การรักษาด้วยยาก่อน เมื่อใช้ยาขนาดเต็มทีนาน 3-4 สัปดาห์ไม่ได้ผลจึงพิจารณาให้การรักษาด้วยวิธีนี้ซึ่งสามารถทำให้ดีขึ้นภายในไม่กี่วัน ก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องได้รับอนุญาตจากญาติก่อน

3. การรักษาโดยวิธีบำบัด (Psychotherapy) โดยการที่ผู้รักษาพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาและวิธีการแก้ไขแนะนำให้กำลังใจ เรียนรู้ถึงจุดอ่อนของตนเองและแนวทางแก้ไข การรักษา การรักษาโดยวิธีจิตบำบัดเป็นรายบุคคลและแบบกลุ่มคือมีผู้ป่วยประมาณ 10-15 คนนั่งเป็นวงกลม พูดคุยกัน การรักษาจิตบำบัดจะได้ผลกับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะหนึ่ง เริ่มแรกและขณะที่อาการทางจิตทุเลาลงแล้ว

4. การรักษาแบบมิลิว (Milieu Therapy) คือการรักษาโดยสร้างสภาพแบบบรรยากาศของการรักษาให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช Milieu แปลว่า สิ่งแวดล้อมหรือสถานที่ การรักษาวิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล การรักษาวิธีนี้ได้แก่ การปรับปรุงสถานที่รักษาให้น่าอยู่ มองดูสดชื่น รื่นรมย์ ให้โรงพยาบาลทางจิตเวชมีสภาพเหมือนบ้าน สถานที่ราชการหรือสโมสรทั่วๆ ไป มีกลุ่มกิจกรรมการรักษาต่าง ๆ ในตอนกลางวันเหมือนผู้ป่วยมาทำงาน มาเรียนหนังสือ มาเข้าสังคม มาฝึกพูด ฝึกแสดง ฝึกความกล้า หัดแก้ปัญหาและเรียนรู้การใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนตัวของผู้ป่วยแต่ละคน การรักษาวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยอยู่นาน มีบุคลิกภาพเสื่อมโทรมเช่น แยกตัวเอง เชื่องช้า เกียจคร้าน ไม่รับผิดชอบในตนเอง ไม่อยากทำงาน ซ้ำซาก หวาดกลัว เป็นวิธีการรักษาสำหรับเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

5. การรักษาครอบครัว หรือครอบครัวบำบัด (Family Therapy) คือ การรักษาที่พบทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้รักษาจะเชิญญาติหรือผู้ใกล้ชิดมาพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ช่วยกันหาหนทางช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติและครอบครัว การรักษาโดยวิธีนี้จะได้ประโยชน์มาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถทำความเข้าใจกันได้ดีขึ้น จะเป็นโอกาสให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยได้เล่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น เล่าความรู้สึกที่มีอยู่ออกสู่กันฟัง โดยมีผู้รักษาเป็นผู้คอยเชื่อมโยงเรื่องราวให้ความกระจ่างประเมินข้อเท็จจริงให้ข้อเสนอแนะ โรคจิตเภทมีสาเหตุจากความผิดปกติในครอบครัว หลังจากทีสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัวป่วยเป็นโรคนี้แล้ว ก็จะทำให้ครอบครัวนั้นเกิดปัญหา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เพิ่มมากขึ้นด้วย การรักษาวินิจฉัยรักษาตัวผู้ป่วยไม่ได้รักษาสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัว เพียงแต่เชิญสมาชิกในครอบครัวมาร่วมกันคิดว่าทำอย่างไรจะช่วยผู้ป่วยและแก้ไขปัญหามารวมกันในครอบครัวของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย

6. การติดตามผลการรักษา (Follow-up) เนื่องด้วยโรคจิตเภทต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง การรักษาจะยังไม่สิ้นสุดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ญาติต้องหาผู้ป่วยมาพบผู้รักษาเป็นระยะ ๆ ตามที่กำหนด เพื่อผู้รักษาจะได้ตรวจดูอาการ ถามความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่บ้าน ให้ข้อเสนอแนะ และจัดยาที่ใช้ให้เหมาะสม บ่อยครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ญาติไม่นำผู้ป่วยไปพบรักษาตามนัดหรือพามาเพียง 2-3 ครั้ง แล้วก็หายไป อ้างว่าผู้ป่วยปกติดีแล้ว ไม่ค่อยจะมีเวลามา หรือเข้าใจว่าการกินยาเสมือนยังเป็นโรคอยู่เลย หยุดกินยา การหยุดรักษานี้เองจึงเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคจิตเภทขึ้นมาอีก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ บ่อยครั้ง จะทำให้รักษายากกลายเป็นโรคจิตเรื้อรังได้ในที่สุด

2.3.4 อาการรับรู้

อาการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท คือ

1. มีความผิดปกติของความคิด
2. มีความผิดปกติของประสาทการรับรู้
3. มีความผิดปกติของอารมณ์
4. มีความผิดปกติของพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว

1. ความผิดปกติของความคิด (Disorder of thought)

เป็นอาการสำคัญพบในผู้ป่วยเกือบทุกรายมี 2 ชนิด คือ

1.1 รูปแบบความคิดผิดปกติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถาม จึงไม่ค่อยเข้าใจหรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราวโดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งมักพูดไม่ตรงจุด อาจพูดคำซ้ำ ๆ โดยไม่มีความหมาย บางรายพูดแบบสัมผัสอักษรแต่ไม่ได้ใจความหรือเพิ่มเติมรายละเอียดซึ่งไม่เกี่ยวกับเรื่องที่พูด ความผิดปกตินี้เรียกอีกชื่อว่า loosening of association⁶

⁵สมภพ เรื่องตระกูล, รศ.นพ. คู่มือจิตเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, พ.ศ.2523, หน้า 68.

รูปแบบของความคิดเมื่อผิดปกติมากขึ้น คำพูดจำเป็นแบบ in coherence คือ การพูดจาไม่ต่อเนื่องกัน ขาดเป็นห้วง ๆ อาจพูดเป็นคำๆ เป็นพยางค์หรือเป็นประโยคที่ไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ฟังแล้วไม่เข้าใจว่า ผู้ป่วยกำลังพูดเรื่องอะไร รูปแบบความคิดผิดปกติอย่างอื่น

1. Blocking คือ กระแสความคิดหยุดชะงักทันที เพราะความคิดขาดหายไปเฉยๆ หรือมีความคิดอย่างอื่นมาแทรก ทำให้ผู้ป่วยนึกไม่ออกว่ากำลังพูดเรื่องอะไรอยู่ก่อน

2. Perseveration คือ คำพูด (หรือการกระทำ) ซ้ำ ๆ ติดต่อกัน โดยไม่มีความหมาย แม้จะเปลี่ยนไปพูดถึงเรื่องอื่น แล้วผู้ป่วยยังคงพูดหรือกระทำซ้ำ ๆ อยู่เช่นนั้น

3. Circumstantiality ผู้ป่วยพูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด เพิ่มเติมรายละเอียดมากเกินไป แต่สุดท้ายก็จบลงได้ใจความตามต้องการ

4. Tangentiality ผู้ป่วยพูดออกนอกเรื่อง ไม่ตรงกับเรื่องราวที่ต้องการจะพูด ทำให้ไม่เข้าใจเรื่องของผู้ป่วยพูด

1.2 เนื้อหาความผิดปกติ

ความผิดปกติเช่นนี้จะแสดงออกมาในรูปแบบของอาการหลงผิด ซึ่งจะมีลักษณะ

ดังนี้คือ

1. แปรกประหลาด
2. มีหลาย ๆ เรื่อง
3. เรื่องราวไม่ต่อเนื่องกัน ฟังดูแล้วเหลือเชื่อและไม่มีเหตุผลจะเป็นไปได้

ชนิดที่พบบ่อยคือ

1. Delusion of Perception ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนจะทำร้ายหรือคอยปองร้ายตน

2. Delusion (idea) of reference ผู้ป่วยคิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน เช่น เวลาเดินออกนอกบ้านเห็นคนคุยกันก็คิดว่าเขาพูดนินทาตนหรือฟังวิทยุ อ่านข่าวก็ถือว่าเป็นเรื่องราวของตน

2. การรับรู้ผิดปกติ (Disorder of perception)

ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่างๆ ที่พบบ่อยคือหูแว่ว พบในผู้ป่วยประมาณ 2 ใน 3 ผู้ป่วยจะมีหูแว่วได้ยินเสียงจากภายนอก อาจเป็นคำพูดหรือเป็นเพียงเสียงที่พบบ่อยคือเสียงคนมาพูดว่าต่าง ๆ หรือเสียงคนพูดเรื่องของผู้ป่วยอาจเป็นเสียงคน ๆ เดียวหรือหลายคน บางรายเป็น

เสียงคนคุ้นเคยหรือเสียงคนอื่นซึ่งผู้ป่วยไม่รู้จัก ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉย ๆ บางรายกลัว บางรายพูดโต้ตอบด้วย

ประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ ได้แก่

1. ประสาทหลอนทางสัมผัส เป็นความรู้สึกปวดแสบร้อนตามตัว หรือรู้สึกชู่ซ่าตามผิวหนังแขน ขา หรือที่อวัยวะเพศ

2. ภาพหลอน เป็นภาพคนหรือสิ่งของ บางรายเห็นเป็นคนที่เข้ามาทำร้าย

3. รู้สึกรสแปลก ๆ

4. รู้สึกกลิ่นแปลก ๆ มักเป็นกลิ่นเหม็นเหมือนกลิ่นที่ไม่ดี

3. ผิดปกติของอารมณ์ (Disorder of affect)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติของอารมณ์ที่สำคัญ 2 ชนิด คือ

1. Apathy ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเฉยเมย ไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เช่น เมื่อได้รับคำบอกเล่าว่าญาติสนิทถึงแก่กรรม ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ ออกมาให้เห็นเลย

2. Inappropriate หมายถึง อารมณ์ผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเหตุการณ์ในขณะนั้น เช่น เมื่อถามผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด คิดว่ามีคนจะฆ่าว่าเขาถูกฆาตกรฆาตรุนแรงอย่างไรบ้าง จากผู้ที่คอยติดตามปองร้ายตามที่เล่า ผู้ป่วยจะยิ้มหรือหัวเราะไม่แสดงอารมณ์ตกใจกลัวแต่อย่างใด ผู้ป่วยอาจจะบอกกับแพทย์ว่าเขาไม่มีความรู้สึกใด ๆ ทั้งสิ้น

4. ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (Disorder of motor behavior)

มักพบในผู้ป่วยที่เป็นรุนแรงและเรื้อรัง หรือเป็นแบบเฉียบพลัน อาการที่พบได้บ่อยคือ

1. Stereotypy เป็นการกระทำซ้ำ ๆ เกิดขึ้นเองเป็นไปเรื่อย ๆ และสม่ำเสมอ เช่น นั่งโยกตัวตลอดเวลา

2. Catalepsy ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ เช่น ชูมือข้างซ้ายค้ำคางเหนือศีรษะอยู่ในท่านั้นเป็นเวลานาน แม้เราจะจับลงมาผู้ป่วยจะชูขึ้นไปใหม่

3. Waxy flexibility คล้าย cavalepsy หมายถึง เราจับผู้ป่วยให้อยู่ในท่าใด ผู้ป่วยก็จะคงอยู่ในท่านั้นเป็นเวลานานผิดปกติ

4. Mannerism เป็นการกระทำซ้ำ ๆ ชนิดหนึ่ง แต่แสดงออกในรูปของพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การเขียน การเดิน จึงทำให้เป็นลักษณะเฉพาะตัวของคนนั้น

5. Automatic obedience เป็นการกระทำตามผู้อื่นโดยไม่ได้ตั้งใจเช่น เห็นเราหยิบปากกาจากกระเป๋าเสื้อ ผู้ป่วยจะเลียนแบบบ้าง

6. ผู้ป่วยอาจไม่มีการเคลื่อนไหวเลย รวมทั้งไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อมและ

เอกสารไม่พูด เอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

7. Rigidity แขน ขา หรือลำตัวของผู้ป่วยมีอาการแข็งเกร็งแม้ว่าจะพยายามงอ แขนผู้ป่วยจะต้านไว้และคงอยู่ในท่านั้นเป็นเวลานาน ๆ

8. Negativism หมายถึง ความรู้สึกต่อต้าน เช่น บอกให้ผู้ป่วยคลายมือออก ผู้ป่วย กลับกำมือแน่น หรือผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามที่ควรทำเช่น นอนเฉย อยู่บนเตียง ไม่ลุกไปอาบน้ำ ไม่ ลุกขึ้นไปรับประทานอาหารหรือไม่ทำอะไรเลยนอนอยู่เฉย ๆ

9. Mutism ผู้ป่วยไม่พูดทั้ง ๆ ที่อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูดเป็นปกติ อาการอื่นที่พบ ร่วมด้วยในผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการทางจิตเวชเกือบทุกอย่างพบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยอาจมี ลักษณะการแต่งตัวไม่เรียบร้อยและสกปรกบางรายมีท่าทางตีรวนแต่กระวนกระวาย หรือเชื่องช้า ผิดปกติ มีอาการย้ำคิดย้ำทำได้บางรายมีอาการมึนเศร้า หวาดกลัว โกรธ หรือมีอาการมึนปนกัน ทุกอย่าง

2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม

พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavior and Environment)

พฤติกรรม (BEHAVIOR)

พฤติกรรม เป็นการแสดงออกแห่งการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ หรือ ปฏิกริยาตอบสนองที่ เลือกแล้วว่าเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ

แรกเริ่มเดิมที นักจิตวิทยาเชื่อเรื่องสัญชาตญาณ (Instinct) มาก จึงอธิบายพฤติกรรมในแง่ของสัญชาตญาณเสมอ 1 ต่อมานักจิตวิทยาหลายท่านไม่เห็นด้วยจึงคัดค้านขึ้น จอห์น บี.วัตสัน (John B. Watson) เชื่อว่า พฤติกรรมที่ได้นั้นมาจาก การฝึกฝน การเรียนรู้ เขาได้ทดลองช็อกสุนัข ในกรณีที่ว่า แมวมีสัญชาตญาณในการจับหนู ปรากฏผลว่าการที่แมวจับหนูเป็นเพราะได้รับการฝึกฝน จนเป็นนิสัย (Habit) ไม่ใช่เพราะสัญชาตญาณ หลังจากนั้นนักจิตวิทยาหลายท่านตื่นตัวค้นคว้าเกี่ยวกับพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิตหลายอย่างแล้ว จึงได้สรุปว่า พฤติกรรมของสัตว์ชั้นต่ำมักจะเป็น เรื่องของสัญชาตญาณ พฤติกรรมของสัตว์ชั้นสูงขึ้นเป็นเรื่องของสัญชาตญาณน้อยลง แต่เป็นเรื่องของการเรียนรู้ และวุฒิภาวะมากขึ้น เฉพาะพฤติกรรมของมนุษย์เชื่อกันว่าเป็นสิ่งที่เกิดจากการ จูงใจและวุฒิภาวะทั้งสิ้น ไม่มีเรื่องของสัญชาตญาณเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย ตั้งเป็นหลักเกณฑ์ ได้ว่า ยิ่งเป็นสัตว์ชั้นสูงมากขึ้นเท่าไร พฤติกรรมอันเนื่องมาจากสัญชาตญาณก็จะยิ่งน้อยลง กลายเป็นเรื่องของวุฒิภาวะและการเรียนรู้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น

นักจิตวิทยาสมัยก่อนถือกันว่า สัญชาตญาณเป็นความรู้ที่มีติดตัวมาตั้งแต่เกิด ไม่ต้อง เรียนก็ทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ คำว่าสัญชาตญาณมักจะถูกนำมาใช้ในกรณีต่าง ๆ ที่ไม่อาจค้นหา สาเหตุของพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ เช่น นกกระจาบสามารถทำรังได้โดยไม่ต้องมีการฝึกสอน มนุษย์สืบพันธุ์

ได้โดยธรรมชาติ ส่วนที่เคยเชื่อกันว่าแมวมีสัญชาตญาณในการจับหนูนั้น จอห์น บี.วัตสัน John B. ระบุว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

Watson เป็นนักพฤติกรรมนิยมได้ทดลองเลี้ยงลูกแมวตัวเล็ก ๆ ไว้รวมกันกับหนูโดยไม่ให้ลูกแมวเหล่านี้มีโอกาสได้เห็นแมวตัวอื่นจับหนูเลย จนกระทั่งลูกแมวโตเต็มที่ก็ไม่ทำอันตรายหนู เขาจึงเชื่อว่าการที่แมวจับหนูไม่ใช่เป็นเพราะสัญชาตญาณ และมีความมั่นใจว่าพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นผลมากจากการเรียนรู้

ฟรอยด์ (Freud) ว่าพฤติกรรมมิได้มาจากสิ่งลึกลับ แต่มาจากภายในตัวบุคคลนั้น ๆ เอง เรียกว่า Id ซึ่งทุกคนมีเหมือนกันหมด เจมส์ (James) ให้ชื่อสาเหตุแห่งพฤติกรรมว่าสัญชาตญาณ (Instinct) เขากล่าวว่า "พฤติกรรมใดที่มนุษย์ทำได้เหล่านั้นมีสาเหตุมาจากสัญชาตญาณทั้งสิ้น" เขาให้ความหมายของสัญชาตญาณว่า "เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (Innate) แล้วเป็นสาเหตุก่อให้เกิดพฤติกรรมขึ้นเองโดยไม่ต้องมีมีส่วนสำคัญยิ่งต่อการเจริญงอกงาม และพัฒนาการทางจิตใจหรือสติปัญญา

คนที่ดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมแร้นแค้นและต่ำช้ามาก ๆ ย่อมไม่เปิดโอกาสให้พันธุกรรม มีประสิทธิภาพต่อการงอกงามและพัฒนารวมกัน ในทำนองเดียวกันพันธุกรรมที่เสื่อมมาก ๆ ก็ไม่เปิดโอกาสให้สิ่งแวดล้อมได้ช่วยเหลือมากนักในการพัฒนาร่างกายและจิตใจ

นักจิตวิทยาท่านหนึ่ง ได้กล่าวถึงเรื่องพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมว่า พันธุกรรมพิจารณาแนวทางและสิ่งแวดล้อมพิจารณาขอบเขตของการพัฒนาการของคน พันธุกรรมมีประสิทธิผลในทางเป็นตัวกำหนดความเจริญเติบโตของคนตั้งแต่วินาทีแรกที่ Sperm Cell เข้าผสมกับ Ovum เกิดเป็น Fertilized Cell และในวินาทีนี้เองเช่นเดียวกันสิ่งแวดล้อมก็เข้ามาเป็นตัวพิจารณากำหนดด้วย แต่โดยที่สิ่งแวดล้อมขณะที่ทารกอยู่ในครรภ์ มีขอบเขตจำกัด พัฒนาการของทารกตั้งแต่เริ่มจุดปฏิสนธิจนถึงคลอด จึงเป็นผลผลิตของพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่พัฒนาการนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นพัฒนาการทางวุฒิภาวะเมื่อเด็กคลอดแล้วเติบโตต่อไป อาจกล่าวได้ว่าพัฒนาการของพฤติกรรมของเด็กเป็นประสิทธิผลของสิ่งแวดล้อมและพันธุกรรมเกี่ยวข้องกันไป

นิพนธ์ กินาวงศ์. คู่มือทบทวนจิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2 (พิษณุโลก : โรงพิมพ์ ตระกูลไทย, 2521 หน้า 30

⁵ วิจิตพาดิณี วัฒนสินธุ์ และจำเนียร ชวงโชติ, จิตวิทยาความแตกต่างระหว่างบุคคล (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2519), 111.

การสั่งสอน (Unlearned) เป็นมรดกที่สืบทอดกันมาทางพันธุกรรม (Biological heritage)" ดังนั้นอินทรีย์ (Organism) ในสกุลเดียวกัน (Species) ก็ได้รับมรดกนี้เหมือนกันทำให้มีพฤติกรรมที่คล้ายกัน ซึ่งอินทรีย์ต่างสกุลทำได้ยาก หรือทำไม่ได้ดีเพราะไม่ได้รับมรดกที่ว่านี้ วัตสัน (Watson) กล่าวว่า "พฤติกรรมของมนุษย์ที่เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ มีผลมาจากการเรียนรู้มิใช่เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (Most human adult behavior is greatly affected by learning)"

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

กลุ่มนักมนุษยวิทยาและนักสังคมวิทยาก็พากันคัดค้านแนวคิดที่ว่าสัญชาตญาณเป็นสาเหตุแห่งพฤติกรรม 2 เขาสรุปว่า พฤติกรรมของมนุษย์ทั่วโลกไม่เหมือนกันแต่เป็นแบบฉบับขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมในสังคมที่เขาอยู่ ลินตัน (Linton, L.) พบว่า ชาวมาดากาสการ์เผ่าหนึ่ง เมื่อสตรีหย่ากับสามีไปแต่งงานใหม่ ลูกสามคนแรกที่เกิดจากสามีใหม่ต้องยกให้กับสามีเก่า ซึ่งสามีเก่าก็รักและทะนุถนอมเช่นเดียวกับลูกของตน ซึ่งแสดงว่าความรักระหว่างพ่อแม่ที่มีต่อบุตรนั้นเกิดจากการเลี้ยงดูใกล้ชิดมากกว่าสัญชาตญาณ ส่วน มีด (Margaret Mead) พบว่าชนเผ่าแมนัสในนิวกินีนั้น หน้าที่เลี้ยงลูกทุกอย่างเป็นเรื่องของพ่อ ไม่ใช่แม่ และเด็กผู้ชายเผ่านี้ชอบเล่นตุ๊กตามากกว่าเด็กผู้หญิง นี่ก็เป็นการยืนยันว่า การที่เด็กผู้ชายชอบเล่นตุ๊กตาเหมือนเด็กผู้หญิงชอบเล่นในสังคมเรานั้นเป็นเรื่องของสังคมวัฒนธรรมมากกว่าจะเป็นสัญชาตญาณ ถ้าการที่แม่เลี้ยงลูกเป็นเพราะสัญชาตญาณแล้วก็ไม่ควรมีข้อยกเว้น โบแอส (Fraz Boas) พบว่าชาวอินเดียนเผ่าหนึ่งนั้นไม่ทะเลาะชกต่อยกันเลย ถ้าโกรธกันจะนำเอาอาหารมาเลี้ยงเพื่อน ที่เหลือก็เผาไฟ ใครมีเอามาเลี้ยงได้มาก เผาไฟได้มาก คนนั้นก็ชนะ โกลเดนไวเซอร์ (Alexander Goldenweiser) พบว่า ชาวเอสกีโมที่ทะเลาะกันจะร้องเพลงแข่งกัน ใครร้องดัง ร้องเก่ง มีคนชอบมาจะเป็นผู้ชนะ แสดงว่าการทำร้ายร่างกายกันไม่ใช่สัญชาตญาณ คนจะต่อสู้กันในวิธีที่สังคมนั้นนิยม จนในที่สุดนักการศึกษาและนักจิตวิทยาในปัจจุบันนี้ ส่วนใหญ่ไม่ยอมใช้สัญชาตญาณเพื่ออธิบายพฤติกรรมมนุษย์อีกต่อไป

วิระ บุณยะกาญจ. เอกสารประกอบการเรียน จิตวิทยาการศึกษา. (มหาสารคาม : วิทยาลัยวิชาการศึกษามหาสารคาม, 2517), 30-32.

เมื่อแนวคิดเรื่องสัญชาตญาณถูกลบล้างจนหมดความสำคัญ ประทับกับความก้าวหน้าในวิชาวิทยาศาสตร์ มีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับร่างกายของมนุษย์มากขึ้น จึงพากันลงความเห็นว่า การที่คนเรามีพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะความเป็นไปในร่างกายของเรานั้นเอง ู๊ดเวิร์ธ (Wood wort) อธิบายว่าเมื่อร่างกายมีความต้องการ (Physiological needs) ก็จะก่อให้เกิดพลังงานขึ้น พลังงานนี้เขาเรียกว่า "แรงขับ (Drive)" ที่เร่งเร้าให้เราทำพฤติกรรมเช่น ความคิด ความกระหาย การขับถ่าย อุดหนุนภูมิที่พอเหมาะ เป็นต้น

นักสังคมวิทยาได้ให้แนวคิดเพิ่มเติมจากแรงขับภายในร่างกายว่าแรงขับเป็นสาเหตุพื้นฐานของพฤติกรรมแต่บางครั้งพฤติกรรมก็มี เหตุจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในสังคมเหมือนกัน ยิ่งสังคมมีความเจริญมากขึ้นเท่าไร ก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ใหญ่ในสังคมมากขึ้นเท่านั้น สังคมจึงมีบทบาท 2 ประการคือ สร้างความต้องการของสังคม (Social needs) ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมประการหนึ่ง และเป็นตัวปรุงแต่งขัดเกลาพฤติกรรมอันเกิดจากความต้องการทางร่างกายอีกประการหนึ่ง เช่น เมื่ออากาศหนาว ร่างกายต้องการความอบอุ่น เราก็ต้องค้นหาเครื่องนุ่งห่ม นี่เป็นพฤติกรรมอันเกิดจากความต้องการของร่างกาย แต่เครื่องกันหนาวที่ใช้ควรจะมีลักษณะรูปร่างอย่างไร เข้ากับแฟชั่นหรือไม่ สีสันลวดลายบาดตาเพียงไร บางคนมีตัวเก่าแล้วต้องค้นหา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ชื่อตัวใหม่นี้เป็นพฤติกรรมอันเกิดจากความต้องการของสังคม ดังนั้นศัพท์คำว่า "แรงขับ" นั้น ไม่เพียงพอที่จะกินความถึงสาเหตุแห่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเราได้ทั้งหมด เพราะคนมีความสลับซับซ้อนมากกว่าสัตว์ คนมีความต้องการทางร่างกายและความต้องการทางสังคมในแต่ละวัฒนธรรมเพื่อที่จะใช้ศัพท์ที่รวมความทั้งแรงขับทางสังคมด้วย จึงรวมเรียกว่า "แรงจูงใจ (Motives)"

สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากแรงจูงใจ 2 ประการ คือ

1. แรงจูงใจทางร่างกายเป็นผลมาจากความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs) เช่น ความหิว ความกระหาย ความเหนื่อย ฯลฯ

2. แรงจูงใจทางสังคมเป็นผลมาจากความต้องการทางสังคม (Social Needs) เช่น ความรัก ความอบอุ่น ความมีเกียรติ ได้รับความยกย่องชมเชย

การค้นคว้าของวัตสันเป็นเหตุให้นักจิตวิทยาตื่นตัวในเรื่องที่เกี่ยวกับสัญชาตญาณมากยิ่งขึ้น นักจิตวิทยาพยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิตเพื่อค้นหาข้อสรุปให้แน่นอนว่า พฤติกรรมเหล่านั้นเป็นพฤติกรรมที่เนื่องจากสัญชาตญาณจริงหรือไม่ ผลการค้นคว้าที่น่าพอใจอาจกล่าวได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมบางอย่างที่เคยเชื่อว่าเป็นเรื่องของสัญชาตญาณนั้น แท้ที่จริงเป็นเรื่องของการเรียนรู้ นักจิตวิทยาได้พยายามสังเกตเรื่องราวที่แมวจับหนูต่อไปอีก และพบว่าการที่แมวจับหนูเป็นเพราะได้รับการสั่งสอนจากแม่แมว กล่าวคือ ในขั้นแรกนั้นแม่แมวจะจับหนูมาตัวหนึ่งแต่ยังไม่ฆ่าให้ตาย เพียงแต่ทำให้บาดเจ็บมาก ๆ จนเกือบจะวิ่งหนีไม่ไหวแล้วนำมาวางไว้ตรงหน้าลูกแมวครั้งแรก ๆ ลูกแมวจะทำอะไรไม่ถูก นอกจากใช้เท้าเขี่ยเป็นของเล่น หนูก็จะหนี แต่ก็ไปได้ช้า ๆ แม่แมวก็นั่งตะครุบให้ดูเป็นตัวอย่างแล้วนำมาวางไว้ตรงหน้าลูกแมวมองอีก เหตุการณ์เช่นนี้ จะเกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันจนลูกแมวหัดตะครุบตามที่แม่แมวทำให้ดูแต่ก็ยังไม่คล่อง ต่อมาแม่แมวก็นำไปจับหนูตัวใหม่ให้ลูกแมวใช้เป็นแบบฝึกหัดต่อไป ๆ มาเมื่อลูกแมวตะครุบหนูได้ดีขึ้น หนูตัวหลัง ๆ ที่แม่แมวจับมาให้ลูกแมวทำแบบฝึกหัดก็จะทำให้บาดเจ็บน้อยลงเพียงทำให้อ่อนเพลียเล็กน้อย หนูก็จะหนีได้เร็วขึ้น ลูกแมว จึงมีโอกาสได้ทำแบบฝึกหัดที่ยากขึ้นไปเรื่อย ๆ จนถึงขั้นสุดท้ายแม่แมวจะจับหนูโดยไม่ให้บาดเจ็บเลยมาให้ลูกแมวหัด จนกระทั่งลูกแมวสามารถจับหนูได้เอง จากผลของการสังเกตนี้สรุปได้ว่า การที่แมวจับหนูเป็นเพราะได้รับการฝึกฝนมาก่อนไม่ใช่เป็นเพราะสัญชาตญาณ

2. พฤติกรรมบางอย่างของสิ่งมีชีวิตซึ่งเคยเชื่อกันว่า เป็นพฤติกรรมอันเนื่องจากสัญชาตญาณนั้น จากผลการศึกษาค้นคว้าแสดงให้เห็นว่า เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากวุฒิภาวะ ดังเช่น การย้ายถิ่นของปลาแซลมอน (Salmon) ซึ่งเคยเชื่อว่าเป็นเพราะสัญชาตญาณนั้นที่แท้จริงเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องจากวุฒิภาวะ กล่าวคือ ปลาชนิดนี้มีเซลล์ที่ไวต่อแสงเป็นอย่างมากอยู่ที่ผิวหนัง เรียกว่า Light-Sensitive Cells เมื่อโตขึ้นเซลล์ก็ทำงานได้ดีขึ้นจึงต้องร่นลงมาใน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ที่น้ำลึกเรื่อย ๆ เพื่อให้พ้นจากการรบกวนของแสง จนท้ายที่สุดก็ลงไปอยู่ในทะเล เมื่ออายุประมาณ 2-3 ปี ปลาชนิดนี้ก็เจริญเติบโตถึงระยะที่วางไข่ การเปลี่ยนแปลงในร่างกายทำให้ปลาต้องการอากาศที่มีออกซิเจนมากขึ้น จึงต้องย้ายขึ้นมาในที่น้ำตื้นเรื่อย ๆ ไป จนในที่สุดก็ถึงต้นน้ำ ซึ่งได้เวลาวางไข่พอดี เมื่อไข่กลายเป็นลูกปลาและลูกปลาเหล่านี้โตขึ้นก็ขึ้นไปหาน้ำลึกเรื่อย ๆ ไปจนถึงระยะวางไข่ก็จะย้อนกลับไปยังต้นน้ำอีก เป็นเช่นนี้เรื่อยไป

3. พฤติกรรมบางอย่างของสิ่งมีชีวิตก็ยังคงถือว่าเป็นพฤติกรรมอันเนื่องมาจากสัญชาตญาณอยู่ เพราะไม่สามารถหาข้อเท็จจริงมาพิสูจน์ได้ว่า เป็นผลมาจากสิ่งอื่น ดังเช่นการสร้างรังของนก Oriole รังของนกชนิดนี้มีลักษณะผิดจากรังนกชนิดอื่น คือ ห้อยลงมาจากกิ่งไม้หรือพุ่มไม้ นักจิตวิทยา ได้ทดลองนำไขนก Oriole มาปักและเลี้ยงไว้ในห้องทดลองโดยไม่ให้นักเหล่านี้มีโอกาสเห็นนกชนิดใด ๆ ทำรังเลยแม้แต่น้อย แต่เมื่อถึงเวลาที่จะวางไข่นกที่เลี้ยงในห้องทดลองเหล่านี้จะสร้างรังได้เอง ลักษณะของรังที่สร้างขึ้นนั้นก็ยังมีลักษณะตามเผ่าพันธุ์ของตนอีกด้วย

จากผลการศึกษาค้นคว้าดังกล่าวข้างต้น นักจิตวิทยาจึงสรุปข้อคิดเห็นไว้กว้าง ๆ ว่า พฤติกรรมของสัตว์ชั้นต่ำมักจะเนื่องมาจากสัญชาตญาณ พฤติกรรมของสัตว์ชั้นสูงขึ้นมานั้นก็จะเป็นเรื่องของสัญชาตญาณน้อยลงกลายเป็นเรื่องของวุฒิภาวะและการเรียนรู้มากขึ้น ยิ่งในสัตว์ชั้นสูงขึ้นมาอีก พฤติกรรมอันเนื่องมาจากสัญชาตญาณก็จะยิ่งน้อยลงกลายเป็นเรื่องของวุฒิภาวะและการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ส่วนพฤติกรรมของมนุษย์นั้นเชื่อว่าเป็นเรื่องของวุฒิภาวะการจูงใจทั้งสิ้น ไม่มีเรื่องของสัญชาตญาณเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย

2.5 สัญชาตญาณ

พจนานุกรมจิตวิทยา³ ว่าสัญชาตญาณ หมายถึง

1. เป็นการทำงานของร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติ
2. เป็นพฤติกรรมตอบสนองโดยไม่ต้องเรียนรู้มาก่อน
3. เป็นพฤติกรรมการแสดงออกของอารมณ์เบื้องต้น

เจมส์ (James) ให้ชื่อสาเหตุแห่งพฤติกรรมว่า สัญชาตญาณ (Instinct) เขาอ้างว่า สิ่งใดที่มนุษย์ทำได้เหมือนกัน นั้นมีสาเหตุมาจากสัญชาตญาณทั้งสิ้น เขาให้ความหมายของสัญชาตญาณไว้ว่า

1. เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด (Innate) แล้วเป็นสาเหตุก่อให้เกิดพฤติกรรมขึ้นเองโดยไม่ต้องมีการสั่งสอน (Unlearned)

2. เป็นมรดกที่สืบทอดกันมาทางพันธุกรรม (Biological heritage) ดังนั้นอินทรีย์ (Organism) ในสกุลเดียวกัน (Species) ก็ได้รับมรดกเหมือนกัน ทำให้มีพฤติกรรมที่คล้ายกันซึ่งอินทรีย์ต่าง

เอกสาร ลึกลับทำได้ยาก หรือทำไม่ได้ดี เพราะไม่ได้รับมรดกที่วานี้ นั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

³J. Drever, A Dictionary of Psychology (New York : Penquin Reterence Books, 1969).

ธอร์นไดค์ (Thorndike) ได้ทำการค้นคว้าเรื่องพฤติกรรมอันเนื่องมาจากสัญชาตญาณพบว่า พฤติกรรมที่เป็นไปตามสัญชาตญาณของมนุษย์มี 40 กว่าชนิด เช่น การต่อสู้ การสะสม การหาอาหาร ฯลฯ

แมค ดูแกล (William Mc. Dougall) ศึกษาและสรุปว่า สัญชาตญาณของมนุษย์นับว่าสำคัญมี 7 อย่าง

1. สัญชาตญาณต่อสู้ (The Instinet of Pugnacity)
2. สัญชาตญาณหลบภัย (The Instinet of Flight)
3. สัญชาตญาณยกตน (The Instinet of Self Assertion)
4. สัญชาตญาณถ่อมตน (The Instinet of Self-Abasement)
5. สัญชาตญาณอยากรู้อยากเห็น (The Instinet of Curiosity)
6. สัญชาตญาณการเป็นพ่อแม่ หรือความรักในสายเลือด (The Parental Instinet)
7. สัญชาตญาณเกลียด ขยะแขยง (The Instinet of Repulsion)

2.6 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม คือ กริยา อาการ บทบาท ลีลา ท่าที การประพฤติ ปฏิบัติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่งใน 5 ทวาร คือ โสตสัมผัส จักขุสัมผัส ชิวหาสัมผัส ฆานสัมผัส และทางผิวหนัง หรือมิฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

แลนดอเออร์ (Landore) ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของสิ่งมีชีวิต เช่น ม่านตาเบิกโพลง ร้องกรี๊ดเมื่อตกใจ

พฤติกรรมปรากฏโดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ทางตา ปากจมูก หู และผิวหนัง พฤติกรรมที่สามารถรับรู้ได้ง่ายจาก รูป รส กลิ่น เสียง การถูกต้อง ซึ่งเป็นประเภทที่สังเกตเห็นได้ง่ายอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การนอน นั่ง ยืน เดิน วิ่ง กระโดด การกิน พูด ด่า กอด จูบ ฯลฯ พฤติกรรมบางอย่างบุคคลพยายามปกปิดซ่อนเร้นจึงเกิดเป็นพฤติกรรมประเภทที่ไม่สามารถจะสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น ความรู้สึก นึก คิด จินตนาการ ต้องอาศัยเครื่องมือวัด เช่น เครื่องจับเท็จ แบบทดสอบ เครื่องวัดคลื่นหัวใจ

องค์ประกอบ 7 ประการ ของพฤติกรรม (Sever Elements in Behavior)

1. เป้าหมาย หรือความมุ่งหมาย (Goal) คือวัตถุประสงค์ หรือความต้องการซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมเช่น ความต้องการมีหน้ามีตาในสังคม
 2. ความพร้อม (Readiness) หมายถึง ระดับวุฒิภาวะและความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ
 3. สถานการณ์ (Situation) หมายถึง ลู่ทางหรือโอกาส หรือเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ
 4. การแปลความหมาย (Interpretation) เป็นการพิจารณาลู่ทาง หรือสถานการณ์เพื่อเลือกหา วิธีที่คิดว่าจะสนองความต้องการเป็นที่พอใจมากที่สุด
 5. การตอบสนอง (Response) คือ การดำเนินการทำกิจกรรมตามที่ตัดสินใจเลือกสรรแล้ว
 6. ผลรับที่ตามมา (Consequence) คือ ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำกิจกรรมนั้น ซึ่งอาจได้ผลตรงกับที่คาดไว้ (Confirm) หรือตรงข้ามกับที่คิดหวังไว้ (Contradict) ก็ได้
 7. ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to Thwating) เป็นปฏิกริยาที่เกิดขึ้นเมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการ จึงต้องกลับไปแปลความหมายใหม่เพื่อเลือกหาวิธีที่จะตอบสนองความต้องการได้ แต่ถ้าเห็นว่าเป้าประสงค์นั้นมันเกินความสามารถก็ต้องยอมละเลิกความต้องการนั้นเสีย
- พฤติกรรมจะสมบูรณ์และสิ้นสุดลงก็ต่อเมื่อผลที่ตามมาตรงกับความคาดหวัง หากไม่สมหวังคนเราก็จะมีปฏิกริยาต่อไปอีก

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการพฤติกรรม

เพื่อให้ครอบคลุมกว้าง ๆ ได้ว่ามี 2 ประการใหญ่ คือ พันธุกรรม (Heredity) และสิ่งแวดล้อม (Environment)

เพื่อยืนยันว่าทั้งสองประการต่างเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ใคร่ขอนำบทความของพลอากาศตรีทิพย์ นาถสุภา มาสนับสนุน ซึ่งท่านได้วิเคราะห์ไว้ว่า

นายแพทย์ นักจิตวิทยา นักปกครองหรือนักธุรกิจ ต่างก็สนใจว่ามนุษย์นี้จะดีหรือชั่วโง่หรือฉลาด สุขจิตหรือทุกข์เกิดจากสิ่งแวดล้อมการอบรมหรือพันธุกรรมอย่างใดกันแน่ เพราะถ้าทราบมูลเหตุก็ย่อมสามารถทำนายและควบคุมแก้ไข (Prediction and control) ได้ สัมฤทธิ์ผลเปรียบดุจการรักษาโรค นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคย่อมสามารถค้นหาสมุฏฐานของโรคได้ถูกต้อง การรักษานั้นจะหายดุจเนรมิตได้ ส่วนหมอเถื่อนผู้มียาดีที่สุดแต่มีความรู้เลวที่สุด ย่อมหลงรักษาแต่อาการของโรคและทำให้คนไข้ตายมากที่สุด เราต้องการมนุษย์ประเภทใดชนิดใดในโลกนี้ สมมติว่าเราต้องการมนุษย์ที่มีพฤติกรรมดีมีมารยาท คุณธรรมสูง ชื่อสัตย์สุจริต ยุติธรรม เมตตา

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนลิขสิทธิ์ไว้เพื่อการศึกษาเท่านั้น มิใช่อนุญาตให้ไปเผยแพร่ขึ้นต้นการใดๆ

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ปรานี มีกำลังกายเข้มแข็ง รื่นเริง เป็นพลเมืองดีไม่มีการเอาวัดเอาเปรียบ ไม่มีการวิวาทบาดหมาง ไม่แสดงอำนาจอภิสิทธิ์ เราก็จะแสวงหาวิธีที่ดีที่สุดตามหลักการของวิทยาศาสตร์ เพื่อส่งเสริมแก้ไข ปรับปรุง การอบรมหรือพันธุกรรมให้ดีขึ้น

จอห์น บี.วัตสัน (John B.Watson) ผู้สร้างลัทธิจิตกริยา (Psychological school of behaviourism) แห่งมหาวิทยาลัยชิคาโก และจอห์น ฮอบกินส์กล่าวว่า "ข้าพเจ้ายืนยันว่า การอบรม (nurture) เป็นสิ่งสำคัญ สิ่งแวดล้อม (environments) มีอิทธิพลต่อมนุษย์มากที่สุด

นักวิทยาศาสตร์รัสเซียผู้เป็นประธานสภาวิทยาศาสตร์ ได้ประกาศแกโลกปฏิเสธรพันธุกรรม โดยเด็ดขาด เป็นการปฏิวัติหลักสำคัญของชีววิทยาว่า กฎแห่งเมนเดล (Mendels laws) ไม่เป็นความจริงบรรดาท่านผู้นำแห่งรัสเซียส่วนมาก มาจากบุตรหลานกรรมกรและชาวนา

การเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมการฝึกอบรมมีผลต่อพฤติกรรมนั้นเป็นการดีเพื่อจะได้ใช้วิธีการทะนุถนอม (nurture) ก่อให้เกิดอุปนิสัย (acquired characters) อันดีงาม เรียกกันว่าวิชา ยูเฮนนิค (euthenic) คือวิชาสร้างคนให้เป็นคนดี

2.7 สิ่งแวดล้อม (Environment)

หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ทุกสิ่งอย่างที่ถูกรอบตัวเรา เป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้บุคคลแสดงออก ได้ตอบ ในลักษณะต่างๆ กันซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคล มีผลต่อการพัฒนาและพฤติกรรมของมนุษย์ อันได้แก่ ธรรมชาติ สภาพดินฟ้าอากาศ พลังงาน สังคม มนุษย์ วัตถุสิ่งของ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ การเมือง การเลี้ยงดู ครอบครัว ทางด้านจิตวิทยาสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยผลทั้งหมดของสิ่งเร้าที่แต่ละบุคคลได้รับตั้งแต่เกิดจนตาย อิทธิพลของสิ่งเร้ามีมากไม่ ยิ่งหย่อนไปกว่าพันธุกรรม 6 พฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคลถูกกำหนดโดยพันธุกรรม และ สิ่งแวดล้อมอีกต่อหนึ่ง เช่น เด็กที่เกิดจากพ่อแม่ ที่มีสติปัญญาสูง มีความเฉลียวฉลาด แต่ถ้าถูก นำไปเลี้ยงดูอยู่ในสังคมที่มีการศึกษาต่ำ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้ออำนวยแล้ว ก็ยากที่จะ ทำนายได้ว่า จะเป็นผู้มีสติปัญญาความสามารถดังที่บิดามารดาพึงมีพึงเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมที่เลว ยังอาจทำให้เด็กขาดประสบการณ์ความสนใจ ความหวัง มินิสัย เจตคติ ที่ไม่พึงปรารถนาของ สังคม

สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพและพฤติกรรมของมนุษย์ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. สิ่งแวดล้อมก่อนเกิด มีอิทธิพลตั้งแต่อุบัติชีวิตขึ้นในครรภ์ เช่น มารดาแข็งแรงดี อาหาร บริบูรณ์ รับประทานอาหารที่มีคุณค่า ทารกก็แข็งแรงสมบูรณ์ดี ถ้ามารดาขาดอาหาร สูบบุหรี่ ซ้ำเมา สุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัว ขณะตั้งครรภ์ป่วยเป็นหัดเยอรมัน กามโรค โสฬิตเป็นพิษ อาจมีผล กระทบกระเทือนต่อทารกด้วย ขณะคลอดถ้าทารกได้รับความกระทบกระเทือน บาดเจ็บ อาจทำให้

ทารกผิดปกติ และการกระทบกระเทือนใจอย่างแรงในขณะตั้งครรภ์ จะทำให้ต่อมอดรินัลขับ

ไม่ว่ากรรมใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ฮอริโมนเข้าสู่โลหิตของแม่ และไปถึงทารกโดยผ่านทางรกและสายสะดือ ซึ่งมีผลกระทบต่อกระเทือนทางด้านอารมณ์ของเด็ก ทำให้เป็นคนตกใจง่าย มีอาการหวาดสะดุ้งผวาติดตัวเป็นนิสัยไปจนเป็นผู้ใหญ่

2. สิ่งแวดล้อมหลังเกิด คือสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลภายหลังจากที่คลอดมาแล้ว ที่เห็นได้ชัดคือ

2.1 สิ่งแวดล้อมทางบ้าน ซึ่งเป็นสถาบันแรกที่มีความสำคัญต่อชีวิตตั้งแต่แรกเกิด อันได้แก่บรรยากาศภายในบ้าน บิดามารดา ญาติผู้ใหญ่ สมาชิกในครอบครัว บุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลต่อเด็กมาก นิสัยใจคอ ความสนใจเจตคติ ค่านิยม ฯลฯ จะปลูกฝังให้เกิดขึ้นได้หรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับตัวบุคคลดังกล่าวมาแล้ว ความอบอุ่น (Warmth) การอบรม การควบคุมดูแลจากพ่อแม่ เศรษฐกิจของครอบครัว เป็นอิทธิพลสำคัญต่อเด็ก จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีมากหรือน้อยเป็นครอบครัวใหญ่ ครอบครัวเล็ก ลำดับของการเกิดเป็นลูกคนหัวปี คนกลาง คนสุดท้าย เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมของเด็กมาก ประสบการณ์ทุกอย่างที่ได้รับ ย่อมมีผลกระทบต่อพัฒนาการ และพฤติกรรมของเด็ก รวมทั้งความเอาใจใส่ดูแลของพ่อแม่ การอบรม การตั้งความมุ่งหวังของพ่อแม่ และฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

2.2 สิ่งแวดล้อมทางโรงเรียน อันได้แก่ ครู อาจารย์ เพื่อนนักเรียน คณงาน ภารโรง สภาพชีวิตภายในโรงเรียน บุคคลและสิ่งเหล่านี้ย่อมมีอิทธิพลเหนือบุคลิกภาพของเด็กเช่นเดียวกับสิ่งแวดล้อมทางบ้าน

2.3 สิ่งแวดล้อมทางชุมชน อันได้แก่ วัด วัฒนธรรม ภาพยนตร์ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ ประเภทต่างๆ และสภาพชีวิตของสังคม ก็ย่อมมีผลต่อบุคลิกภาพและพฤติกรรมได้เช่นกัน

2.4 วัฒนธรรม (Culture) คนที่อยู่ในชั้นของสังคม (Social class) แตกต่างกัน มีพื้นฐานทางสังคม (Cultural background) แตกต่างกัน และมีฐานะทางเศรษฐกิจ (Economic Status) แตกต่างกันจะมีผลสัมฤทธิ์ ในทางการเรียนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมต่างกัน การพูด การคิด การกระทำต่างกันคนที่มีศาสนาต่างกัันบุคลิกภาพ บทบาท พฤติกรรมย่อมต่างกัน เพศ อายุ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ อาชีพ ฐานะมีส่วนทำให้คนมีพฤติกรรมแตกต่างกัน

2.5 ภูมิประเทศ ดิน ฟ้า อากาศ ทะเล ป่าเขา มีอิทธิพลโน้มนำให้ลักษณะ ใจคอ พฤติกรรม ต่างกัน

2.7.1 อิทธิพลของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อบุคลิกภาพของมนุษย์
การที่บุคคลมีบุคลิกภาพแตกต่างกันนั้นเนื่องมาจากสาเหตุ 2 ประการ ประการแรกคือ พันธุกรรม ประการที่สองสิ่งแวดล้อม

การที่คนเรามีลักษณะแตกต่างจากคนอื่นก็เพราะว่า เราได้รับมรดกตกทอดทางพันธุกรรมจากบิดามารดาต่างกัน และได้รับประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมต่างกันอีกอย่างหนึ่งสิ่งต่าง ๆ

เหล่านี้ รวมถึงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เรามีส่วนร่วมปฏิกริยาอื่นๆ ที่เรามีต่อคนอื่นและคนอื่นมีต่อเรา และยังมีผลให้เกิดแก่เรานับตั้งแต่วัยทารกเป็นต้นมา

สำหรับพันธุกรรมนั้น มีผลต่อขนาดและรูปร่างของบุคคล พันธุกรรมทำให้คนแตกต่างกันในเรื่องเกี่ยวกับอาการเคลื่อนไหว และปฏิกริยาของเราที่มีต่อคนอื่นและคนอื่นมีต่อเรา นอกจากนั้น พันธุกรรมยังทำให้บุคคล มีความอดทนและแข็งแรงแตกต่างกัน และที่สำคัญเป็นเครื่องมือในการที่จะทำให้เกิดพัฒนาการทางด้านสติปัญญาอีกด้วย

เราจะเห็นได้ว่า ในครอบครัวหนึ่งพี่น้องท้องเดียวกันจะมีลักษณะไม่เหมือนกัน คนหนึ่งอาจจะสูงคล้ายพ่อแต่มีผมและตาสีฟ้าเหมือนแม่ อีกคนอาจจะสูงและแข็งแรงคล้ายพ่อและผมสีดำและตาเหมือนลักษณะของพ่อ แม่แต่ฝ้าแฝด ก็ไม่มีโอกาสจะเหมือนกันได้ทุกลักษณะ ครอบครัวหนึ่งมีพี่น้องสองคนอายุไล่เลี่ยกัน คนหนึ่งเป็นคนเชื่องช้า มีความนึกคิดช้า มีความสนใจต่อเพื่อนฝูงน้อย ไม่แสดงว่ามีคุณลักษณะพิเศษที่จะทำให้ตัวเองเจริญก้าวหน้าเกี่ยวกับชีวิตได้ ส่วนอีกคนหนึ่งมีสติปัญญาหลักแหลม เขามีเพื่อนมาก มีความคิดแปลกและใหม่เป็นประจำวัน รู้สึกว่าชีวิตเขาเต็มไปด้วยความสนุกสนานแรงกระตุ้นเหล่านี้ช่วยให้เขามีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ จากเหตุการณ์ดังกล่าวนี้อาจจะทำให้เราทราบว่เด็กสองคนนี้มีระบบประสาทและต่อมในร่างกายที่ได้รับจากบิดามารดาแตกต่างกัน

ปัญหาเรื่องกรรมพันธุ์เป็นเรื่องซับซ้อน ซึ่งยากที่จะเข้าใจรายละเอียดแต่เราก็ควรจะระลึกไว้เสมอว่า พันธุกรรมเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับท่านที่จะช่วยให้เราพิจารณาลักษณะแตกต่างของบุคคลได้หลาย ๆ ชนิด

พันธุกรรมช่วยให้บุคคลสามารถสืบเชื้อสายของบรรพบุรุษทั้งด้านร่างกายและจิตใจและเป็นตัวกำหนดพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมสติปัญญา ซึ่งจะเป็นพื้นฐานนำไปสู่การแสดงออกของมนุษย์ อันเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล บทบาท ลักษณะ ท่าทาง อิริยาบถที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกจากผลการถ่ายทอดทางพันธุกรรมอันเป็นพื้นฐานสำคัญ

2.7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

(The Interaction of Heredity and Environment)

เป็นที่ยอมรับกันว่าอิทธิพลของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของมนุษย์ และที่มีต่อสติปัญญาพบความสัมพันธ์ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และระดับสติปัญญา ปรากฏว่าพวกที่มีสติปัญญาดี มีการศึกษาสูง ใช้เวลาในการศึกษายาวนาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพและสติปัญญา ปรากฏว่าคนที่มีสติปัญญาสูง มักเลือกอาชีพที่ต้องใช้หัวคิด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. การมีชีวิตอยู่ในชนบทหรือในเมือง และระดับสติปัญญา ปรากฏว่าเด็กที่เติบโตในเมืองทำคะแนนได้ดีกว่าเด็กที่โตจากชนบท สภาพแวดล้อมช่วยส่งเสริมความสามารถต่าง ๆ ในเมืองมีมากกว่าชนบท ถ้าเด็กเปลี่ยนสภาพแวดล้อมมาสู่สภาพที่ดีขึ้น คะแนนการทดสอบของเด็กจะดีขึ้นด้วย

สรุปได้ว่า ทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันจนยากที่จะแยกได้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นอยู่กับอะไร เป็นสัดส่วนเท่าใด วิวัฒนาการของมนุษย์ดำเนินไปตามพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมทำให้มนุษย์มีพฤติกรรมเฉพาะตัว

2.8 กระบวนการของพฤติกรรมของมนุษย์

นักจิตวิทยาบอกว่าพฤติกรรมทุกอย่างย่อมมีสาเหตุ (Every behavior is caused) กล่าวคือ อยู่ๆ มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมออกไปโดยไม่มีสาเหตุหรือแสดงไปโดยไม่มีเหตุผลไม่ได้ ต้นเหตุแห่งพฤติกรรมนั้นเรียกกันว่าสิ่งเร้า (Stimulus) สิ่งเร้าบางอย่างก็เป็นสิ่งเร้าภายนอก บางอย่างก็เป็นสิ่งเร้าในกาย ดังนั้นพฤติกรรมบางอย่างของคนจึงเป็นพฤติกรรมที่ค้นหาสาเหตุได้ยาก

ส่วนพฤติกรรมซึ่งกระทำต่อสิ่งเร้านั้นเราเรียกกันว่า ปฏิกริยาตอบสนอง (response) ปฏิกริยาตอบสนองบางอย่างเราก็กระทำตอบสนองเราไปตรงๆ เช่น ร้องไห้เมื่อถูกตำ แต่บางทีเราก็ไม่ได้ทำปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าตรง ๆ เช่น เวลาหิวข้าวเรากลับแสดงความโมโหจนเฉียว เป็นต้น ดังนั้นเรื่องพฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นเรื่องที่เข้าใจได้ยากพอๆ

พฤติกรรมของมนุษย์นั้นเป็นระบบของความเกี่ยวเนื่องระหว่างสิ่งเร้า การประสานสัมพันธ์ (integration) และปฏิกริยาตอบสนอง ซึ่งเขียนออกมาเป็นสูตรว่า

Stimulus → Integration → Response

สูตร $S \rightarrow I \rightarrow R$ นี้เป็นสูตรทางจิตวิทยาของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง ถ้าจะพิจารณาในแง่ของศาสตร์ เราก็จะเห็นได้ว่าคนเรารับสิ่งเร้าได้โดยอาศัยอวัยวะสัมผัส ทำการประสานสัมพันธ์โดยอาศัยระบบประสาทส่วนกลาง และทำปฏิกริยาตอบสนองโดยอาศัยกล้ามเนื้อแข็งทำงานภายใต้การบังคับประสาท

2.8.1 สิ่งเร้า (Stimulus)

มนุษย์ทุกผู้ทุกนามย่อมอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อม นักจิตวิทยานั้นสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ในฐานที่มันมีหน้าที่เร้าให้มนุษย์กระทำพฤติกรรมสิ่งแวดล้อมที่เร้าให้มนุษย์กระทำพฤติกรรมเรียก

กันว่า สิ่งเร้าที่ส่งวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สิ่งแวดล้อมในทางจิตวิทยาแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. สิ่งแวดล้อมภายนอก (Explicit Environment) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมซึ่งอยู่ภายนอกของมนุษย์ ได้แก่ วัตถุ สิ่งของ คน สัตว์ กิจกรรมอันเกิดจากวัตถุสิ่งของ คน และสัตว์ รวมไปถึงสิ่งที่เป็นนามธรรมซึ่งไม่มีตัวตนเช่น หลักศีลธรรม ขนบธรรมเนียมและประเพณีด้วย ถ้าสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมเราเรียกว่า สิ่งเร้าภายนอก (External Stimulus)

2. สิ่งแวดล้อมภายใน (Implicit Environment) ได้แก่ การกระทำของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายของมนุษย์เอง เช่น กระจกตา อยากรู้ ถ้าสิ่งแวดล้อมภายในทำให้มนุษย์กระทำพฤติกรรมเราเรียกว่า สิ่งเร้าภายใน (Internal Stimulus)

สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมภายในย่อมมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ในโอกาสต่างๆ กัน ถ้ามนุษย์เร้าด้วยสิ่งแวดล้อมใด สิ่งแวดล้อมนั้นก็กลายเป็นสิ่งเร้าขึ้นมา ถ้ามนุษย์ไม่ถูกเร้ามันก็เป็นสิ่งแวดล้อมเฉยๆ แต่ไม่ได้เป็นสิ่งเร้า

คนเราถูกเร้าได้ก็เพราะคนมีอวัยวะสัมผัส ซึ่งทำหน้าที่รับการเร้าจากสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าภายในอวัยวะสัมผัสเหล่านี้ประกอบด้วยเซลล์พิเศษซึ่งไวต่อสิ่งเร้าในรูปที่ต่าง ๆ กัน เช่น ตา ซึ่งทำหน้าที่รับสิ่งเร้าภายนอกด้วยการมองเห็น ก็ประกอบด้วยเซลล์โรด (Rod Cells) และเซลล์โคน (Cone Cells) ซึ่งมีความไวต่อแสงมากเป็นพิเศษ

อวัยวะสัมผัสของคนนั้นทำหน้าที่ต่างๆ กัน และแบ่งหน้าที่รับสัมผัสในที่ต่างกัน อวัยวะสัมผัสซึ่งรับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่สำคัญได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ส่วนสัมผัสซึ่งรับได้ก็ปรากฏออกมาในรูปของการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรู้รส และความรู้สึกร้อนหนาว ความรู้สึกเจ็บ หรือความรู้สึกว่าถูกกดและดัน เป็นต้น ส่วนอวัยวะสัมผัสที่รับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อมในกายก็มีหลายอย่าง เช่น ช่องในชั้นในของหูทำให้เราทราบว่าการทรงตัวของเราอยู่ในลักษณะใด และอวัยวะรับสัมผัสในกล้ามเนื้อและเอ็นซึ่งเรียกว่าคินเนสทีสิส (Kin aesthesis) ก็ทำให้เราทราบถึงการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เวลาเราแกว่งแขน เราก็ทราบว่าเราแกว่งไปไกลแค่ไหน ถึงแม้จะหลับตาเราเราก็ตราบได้ ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะว่าเรามีอวัยวะในทางคินเนสทีสิสนั้นเอง

แต่กิจกรรมบางอย่างของสิ่งแวดล้อมก็อยู่นอกเหนือการรับสัมผัสของมนุษย์เหมือนกัน เช่น มนุษย์ไม่สามารถมองเห็นแสงเอ็กซ์เรย์ หรือมองไม่เห็นคลื่นแสงอินฟราเรด หรือหูของมนุษย์ไม่สามารถได้ยินคลื่นเสียงที่ถี่เกินไป เป็นต้น ถึงแม้เราไม่สามารถรับสัมผัสสิ่งเหล่านี้ได้เราก็สามารถตรวจวัดได้โดยอาศัยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ โดยเหตุที่มนุษย์มีความสามารถรับสัมผัสในขอบเขตอันจำกัดเช่นนี้ สิ่งแวดล้อมบางอย่างจึงไม่มีผลในการเร้าเลย แต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นอาจมีผลต่อร่างกายของมนุษย์ได้ เช่น กันมันภาพรังสี อาจทำให้มนุษย์เจ็บป่วยหรือตายได้โดยที่มนุษย์ไม่สามารถรับสัมผัสได้

นอกจากนี้อวัยวะสัมผัสของเรายังอาจรับสัมผัส ในลักษณะที่คลาดเคลื่อนต่อความจริง ในกรณีเช่นนี้ สัญชาตญาณ (Perception) ของเราก็พลอยคลาดเคลื่อนไปด้วย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

คนด้วย ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนได้แก่ รูปต่อไปนี้ เมื่อดูรูปนี้แล้ว เราจะมองเห็นว่าลักษณะของเรานั้นแตกต่างกับความจริง

2.8.2 การจูงใจ (Motivation) ให้เกิดพฤติกรรม

พฤติกรรมเป็นผลจากการที่คนเราเลือกปฏิกิริยาตอบสนองที่เหมาะสมที่สุดมาสนองต่อสิ่งเร้าแต่สิ่งเร้าจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่ออินทรีย์อยู่ในภาวะรับเร้าหรือที่เรียกกันว่า ภาวะรับการจูงใจ พฤติกรรมบางอย่างก็เกิดจากแรงจูงใจหลายอย่างรวมกัน หรือจากแรงจูงใจที่ลึกซึ้งซับซ้อนมากจนเราบอกไม่ได้ เช่น การเสี่ยงชีวิตเข้าช่วยผู้ที่ตกอยู่ในระหว่างอันตรายร้ายแรง เป็นต้น

พลังแรงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและควบคุมแนวทางของพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยในการจูงใจให้เกิดพฤติกรรมได้แก่

ความต้องการและแรงขับ (Needs and Drives) หรือแรงขับและแรงจูงใจ (Drive and Motives) คำว่า “ความต้องการ” (Need) มีความหมายหนักแน่นกว่าความอยาก (Want) เมื่อเกิดการขาด หรือเกิดความต้องการขึ้นก็จะมีแรงขับ (Drives) ให้อินทรีย์ทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความต้องการและแรงขับเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวพันต่อเนื่องกันและแทบจะกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน

แรงขับและแรงจูงใจ (Drives and Motives) ต่างก็เนื่องมาจากความต้องการ นักจิตวิทยาหลายคนใช้คำทั้งสองนี้ปนกันไปในความหมายอย่างเดียวกัน แต่นักจิตวิทยาบางคนก็อธิบายความหมายของคำทั้งสองนี้แตกต่างกันไป โดยอธิบายว่า “แรงขับ” (Drive) หมายถึงแรงกระตุ้นให้ทำกิจกรรม ซึ่งเกิดขึ้นภายในตัวคน (Push from within) ส่วน “แรงจูงใจ” (Motive) เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมที่มีทิศทาง (Push into some relevant direction) เช่นเมื่อเหนื่อยก็จะเกิดแรงขับให้พักผ่อน ซึ่งจะใช้การพักผ่อนแบบไหนก็ได้ แต่อากาศเย็น ๆ กำลังสบายจะเป็นแรงจูงใจให้อยากนอน เป็นต้น

แรงขับ หรือ แรงจูงใจ ที่ทำให้คนเราแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้น อาจแบ่งออกได้ดังนี้ คือ

1. **แรงจูงใจทางร่างกาย (Physiological Motives)** เป็นแรงจูงใจที่เนื่องมาจากความต้องการทางร่าง เช่น ความหิว ความกระหาย การพักผ่อน การขับถ่าย ความต้องการทางเพศ พฤติกรรมของทารกแรกเกิดมักจะเป็นพฤติกรรมที่เนื่องมาจากแรงจูงใจทางร่างกายเป็นส่วนใหญ่

ตามธรรมชาตินั้น ร่างกายของคนเราจะพยายามควบคุมรักษาสภาวะภายในของร่างกายให้อยู่ในสภาพปกติ (Homeostasis) อยู่เสมอ เช่น การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายโดยทั่วไปแล้วร่างกายของคนเราจะมีอุณหภูมิประมาณ 98.6 F หรือ 37 C แต่เมื่ออุณหภูมิของอากาศเปลี่ยนแปลงไป ก็จะมีผลกระทบกระเทือนต่ออุณหภูมิภายในร่างกายด้วย ดังนั้นร่างกายจึงต้องพยายามปรับให้เข้าสู่สภาพปกติ กล่าวคือ หากอากาศเย็นลงมาก ๆ ร่างกายอาจจะถึงกับสั่นเพื่อเพิ่มอุณหภูมิภายในร่างกายให้สูงขึ้น ถ้าอากาศร้อนคนเราก็จะหายใจแรงและเร็ว บางทีก็อาจถึง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับบริการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปเผยแพร่บนสื่อออนไลน์

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

หอบแรง ๆ เพื่อลดอุณหภูมิของร่างกายให้ต่ำลง การปรับร่างกายให้เข้าสู่สภาพปกตินี้จะเป็นไปโดยอัตโนมัติ และมีอยู่หลายอย่างด้วยกัน นอกจากการควบคุมระดับอุณหภูมิของร่างกายแล้ว ก็ยังมีสิ่งอื่น ๆ อีกเช่น การควบคุมปริมาณของกรด กลีโค แร่ธาตุ โปรตีน และสารเคมีอื่น ๆ ให้อยู่ในระดับปกติ เป็นต้น

เมื่อร่างกายถูกรบกวนและพยายามปรับให้เข้าสู่สภาวะปกติโดยอัตโนมัติ นั้น จะเกิดมีแรงจูงใจให้ทำกิจกรรมเพื่อขจัดหรือลดการรบกวนเหล่านั้นอีกด้วย เช่น เมื่ออากาศร้อนคนเราก็จะหลบไปอยู่ในบริเวณที่มีอากาศเย็น ๆ ต้มน้ำหรือเครื่องต้มน้ำร้อน ๆ สวมเสื้อผ้าบาง ๆ แต่เมื่ออากาศหนาว คนเราก็จะหลบไปอยู่ในบริเวณที่อากาศอบอุ่น ต้มน้ำร้อน ๆ สวมเสื้อผ้าหนา ๆ เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่เนื่องจากแรงจูงใจทางร่างกาย

2. แรงจูงใจทางสังคม (Social Motives) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลัง คือ เกิดจากการเรียนรู้ เช่น เด็กร้องไห้เพราะหิวหรือเกิดความไม่สบาย อันเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจทางร่างกาย แต่เมื่อร้องไห้แล้ว แม่ หรือพี่เลี้ยงก็จะมาจัดการให้ความต้องการทางร่างกายได้รับการตอบสนองเกิดความพอใจ เมื่อเด็กได้เรียนรู้ว่าถ้าร้องไห้ก็จะมีคนเข้ามาหา ดังนั้นการร้องไห้ในครั้งหลังๆ อาจจะไม่ได้อาศัยแรงจูงใจทางร่างกายก็ได้ เด็กอาจจะไม่ยอมอยู่ตามลำพังเป็นเวลานาน ๆ เมื่อถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังก็จะร้องไห้เพื่อให้มีคนมาหา การร้องไห้ในที่นี้จึงเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความต้องการทางสังคม หรือแรงจูงใจทางสังคมนี้อาจเรียกได้ว่าเป็น Acquired Need หรือ Learned Need

แรงจูงใจทางสังคมอาจแบ่งออกได้หลายอย่าง ดังต่อไปนี้

2.1 มีวิธีแสดงความต้องการทางสังคมที่คล้ายตามขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชนของตน

2.2 ความต้องการอย่างเดียวกัน อาจทำให้คนเรามีพฤติกรรมไม่เหมือนกันเป็นต้นว่า การแสดงความไม่พอใจใครคนหนึ่งนั้น บางคนก็แสดงออกโดยการผลักใส่ทุบตี แต่บางคนก็อาจจะหลบไปเสียให้พ้น เป็นต้น

2.3 พฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจจะเนื่องมาจากความต้องการที่ต่างกันก็ได้ เช่น บางคนชอบไปปาร์กกาเพื่อเป็นวิทยาทาน เผยแพร่ความรู้ความคิด บางคนต้องการค่าตอบแทน บางคนเพื่อเกียรติยศ ชื่อเสียง บางคนหาเสียง

2.4 พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจสนองความต้องการได้มากกว่าหนึ่งอย่างในเวลาเดียวกัน เช่น นักการเมืองคนหนึ่งอ่านหนังสือพิมพ์ อาจมีความต้องการหลายอย่างในการทำเช่นนั้น เป็นต้น ต้องการข้อเท็จจริง ต้องการตรวจข่าวของตัวเอง ต้องการความเพลิดเพลิน ต้องการให้คนอื่นเห็นว่าเป็นคนทันสมัย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. แรงจูงใจส่วนบุคคล (Personal Motives) หมายถึง แรงจูงใจที่พัฒนาขึ้นในตัวคนเรา ซึ่งแตกต่างกันไปไม่เหมือนกัน ซึ่งมีรากฐานมาจากความต้องการทางร่างกายและความต้องการทางสังคม ประกอบกันแต่ความรุนแรง (Strength) จะมากน้อยต่างกัน แรงจูงใจส่วนบุคคลที่สำคัญและเห็นได้ชัดคือ

3.1 การติดยา (Drug Addiction) หากขาดยาชนิดนั้นก็จะเกิดการผิดปกติ สำหรับรายที่ติดยาอย่างรุนแรงอาจจะถึงกับฆ่าตัวตาย หรือก่ออาชญากรรม

3.2 ระดับความมุ่งหวัง (Level of Aspiration) โดยทั่วไปแล้ว คนเราจะตั้งระดับความมุ่งหวังไว้สูงกว่าความสำเร็จเดิมเสมอ แต่สูงเกินไปเล็กน้อย เพื่อให้เกิดการทำทหาย (Challenge) ให้พยายามมากขึ้น และเมื่อทำได้สำเร็จก็เกิดความพอใจ จากการค้นคว้าเรื่องการตั้งระดับความมุ่งหวังของเด็กที่เรียนอ่อนปรากฏว่าการตั้งระดับความมุ่งหวังของเด็กประเภทนี้ผิดจากความเป็นจริงมาก หรือห่างไกลความสามารถที่แท้จริงของเขามากจนเห็นได้ชัดเจน เด็กบางคนจะตั้งระดับความมุ่งหวังไว้สูง ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากเหตุผลว่า การทำเช่นนั้นช่วยให้เขาได้รับความสนใจเอาใจใส่จากผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสนใจเอาใจใส่จากพ่อแม่ แต่เด็กบางคนก็ตั้งระดับความมุ่งหวังได้ต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงของเขาเพราะกลัวความผิดหวัง

2.8.3 ทฤษฎีในส่วนของสภาพแวดล้อมทางกายภาพประกอบด้วย

1. ความเป็นมาของสถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวิถี

ความเป็นมาและบทบาทของสถานสงเคราะห์

โครงการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนไข้ โรคจิตทุเลา ได้เริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2507 โดยคณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษา และลงมติในหลักการให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย จัดทำโครงการรายละเอียดเกี่ยวกับการสงเคราะห์ช่วยเหลือคนไข้โรคจิตทุเลา และให้หลักเสียงคำว่า "นิคม" ให้ใช้ชื่ออื่นแทน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ได้ร่วมพิจารณาจัดตั้งชื่อและจัดทำโครงการ โดยใช้ชื่อว่า "โครงการสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา" และให้กรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินการด้านต่าง ๆ ด้วย ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาและอนุมัติในหลักการเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2507

2. การดำเนินงาน

กระทรวงสาธารณสุขได้ตกลงกับกระทรวงมหาดไทย ให้กรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้ดำเนินงานจัดตั้งสถานสงเคราะห์ขึ้น มีสภาพเป็นสถานพักฟื้นเพื่อสงเคราะห์และฟื้นฟูคนไข้โรคจิตทุเลา ให้สามารถดำรงชีวิตตนเองก่อนที่จะออกสู่สังคม

กรมประชาสงเคราะห์จึงได้ดำเนินการจัดตั้งสถานสงเคราะห์แห่งนี้ขึ้น ณ ตำบลรังสิต (คลอง 6) อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และเปิดดำเนินการรับคนไข้โรคจิตที่มีอาการทุเลา

เอกสารมาก แล้วจากโรงพยาบาลศรีธัญญา จ.นนทบุรี เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2511 โดยให้การสงเคราะห์

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

รุ่นแรก จำนวน 19 ราย และได้พิจารณาตั้งชื่อสถานสงเคราะห์ว่า "สถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา" ภายหลังจากศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว กรรมการที่ปรึกษาการสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา ได้กรุณานำเรื่องการพิจารณาตั้งชื่อใหม่ของสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา กราบทูลหาหรือเสด็จในกรม กรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ ฯพณฯ รองนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2512 และเสด็จในกรมฯ ได้ประทานกรุณาตั้งชื่อใหม่ว่า "บ้านกึ่งวิถี" (Half Way House)

3. วัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง

3.1 เพื่อให้การสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา ที่ได้รับการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลโรคจิตของกรมการแพทย์ จนอาการทางจิตทุเลาแล้ว แต่ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่ถูกทอดทิ้ง เข้ารับการสงเคราะห์เพื่อระบายนคนไข้โรคจิตทุเลาออกจากโรงพยาบาล จะได้มีเตียงว่างหมุนเวียนรับผู้ป่วยใหม่ ซึ่งมีเป็นจำนวนมากทั่วประเทศ

3.2 เพื่อให้การสงเคราะห์ฟื้นฟูฝึกอบรมคนไข้โรคจิตทุเลา เพื่อที่จะได้ใช้ชีวิตเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจของสังคม โดยจัดฝึกอบรมอาชีพและจัดหางานให้ทำให้มีรายได้เป็นของตนเอง

4. หน้าที่และความรับผิดชอบของสถานสงเคราะห์

4.1 ให้การสงเคราะห์และฟื้นฟูฝึกอาชีพคนไข้โรคจิตทุเลา ให้เป็นไปตามโครงการสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา ตามมติคณะรัฐมนตรี ปี พ.ศ.2507 โดยประสานงานกับโรงพยาบาลโรคจิต ในการคัดเลือกคนไข้โรคจิตทุเลาเฉพาะเพศชาย มีร่างกายแข็งแรงสามารถฝึกอาชีพได้ ที่ไม่มีญาติหรือถูกทอดทิ้งและไม่มีการเข้ารับการสงเคราะห์และฝึกอาชีพในสถานสงเคราะห์

4.2 ให้การสงเคราะห์แก่ผู้รับการสงเคราะห์ด้วยปัจจัย 4

4.3 ให้การฟื้นฟูสภาพและการบำบัดรักษาอาการทางจิตต่อจากโรงพยาบาล

4.4 การดำเนินงานต่างสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยา

4.5 ให้การฝึกอบรมวิชาชีพและงานอาชีพบำบัด รวมทั้งการจัดหางานให้ผู้รับการสงเคราะห์ทำตามความเหมาะสม

5. เป้าหมาย

ให้การสงเคราะห์พัฒนา ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ฝึกวิชาชีพแก่คนไข้โรคจิตทุเลาชาย จำนวน 300 คน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เตรียมความพร้อมให้ได้มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ตามปกติสุข

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

6. ที่ตั้งและอาณาเขต

สถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถี ตั้งอยู่เลขที่ 130 หมู่ 2 ถนนรังสิต-นครนายก (คลอง

6) อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โทร 5771864 , 5772254 (Fax)

สถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถีมีอาณาเขตติดต่อดังนี้.-

- ทิศเหนือ จุดสถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถีหญิง
- ทิศใต้ จุดถนนรังสิต-นครนายก หลักกิโลเมตรที่ 12 เลียบไป
ตามคลองชลประทาน
- ทิศตะวันออก ติดกับโรงพยาบาลธัญบุรี
- ทิศตะวันตก ติดกับวิทยาลัยการปกครอง (โรงเรียนนายอำเภอ)

2.9 ทฤษฎีมิลิวเธอราปีย์ (MILIEU THERAPY)

ความหมาย

เป็นการรักษาทางจิตเวชที่ใช้สภาพและบรรยากาศของสังคมและสิ่งแวดล้อมคนไข้เป็น
หลักสำคัญในการรักษา

คำว่า "Milieu" เป็นภาษาฝรั่งเศส อ่านว่า "มิ-ลิ-เออร์" แต่คนไทยชอบอ่านว่า
"มิ-ลิว" หรือ "มิ-ลู" แปลว่า สภาพแวดล้อมหรือสิ่งแวดล้อม (Surrounding, environment)
สภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของคนไข้ที่จัดไว้ให้เหมาะสม และเป็นผลดี ในการรักษา
ทางจิตเวช เรียกว่า "Therapeutic Milieu" หรือ "Therapeutic Community"

ใน Comprehensive Textbook of Psychiatry (พิมพ์ครั้งที่ 2) ได้ให้ความหมายของ
คำ Therapeutic Community ไว้ว่า "สภาพแวดล้อมของที่พักคนไข้ หรือโรงพยาบาลที่จัดขึ้นให้
มีการ resocialization และ rehabilitation เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของคนไข้"

Dr. Branceland (ค.ศ.1975) ได้ให้ความเห็นว่า Milieu Therapy และ Therapeutic
Community มีความหมายเหมือนกัน, ใช้แทนกันได้

หน่วยงานทางจิตเวชที่สามารถจัดให้มีการรักษาแบบ Milieu Therapy ขึ้นได้นั้นได้แก่
แผนกคนไข้ภายในและแผนกโรงพยาบาลกลางวัน

ประวัติความเป็นมา

ก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง การดูแลรักษาคนไข้ในโรงพยาบาลโรคจิตเป็นไปในลักษณะ
"anti-therapeutic" หรือ "old fashion" โรงพยาบาลอยู่ไกลชุมชนแยกออกไปอยู่โดดเดี่ยวการไป
มาหาสูลำบากและเสียเวลา ที่พักคนไข้เหมือนอยู่ในคุก คนไข้ถูกกักบริเวณ บางรายต้องอยู่ห้อง
แยกตลอดเวลา สถานที่ภายในสกปรก คนไข้อยู่กับแอดดัยดเียด ผู้ให้การรักษามีจำนวนน้อย
ไม่ให้การรักษาเยี่ยงมนุษย์ที่พึงมีต่อกัน ใช้อำนาจดขี่คนไข้ บางครั้งถึงกับลงโทษของจำกักคนไข้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนลิขสิทธิ์การสงวนลิขสิทธิ์นี้ไม่ได้หมายความว่าเนื้อหาในเอกสารนี้เป็นของเอกสารนี้
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ไว้ในโรงพยาบาลนานเกินควร แบบขังลี้ม คนไข้ไม่มีโอกาสติดต่อกับสังคมภายนอกเลย และโรงพยาบาลก็มักจะปิดประตูไม่ค่อยยอมให้คนภายนอกเข้าไปเยี่ยมสอดส่องตรวจตราได้ง่าย เมื่อคนไข้ถูกส่งเข้ามาในโรงพยาบาลก็เข้ามานั่ง ๆ นอน ๆ วัน หนึ่ง ๆ ผ่านไปโดยไร้ประโยชน์ ปล่อยให้คนไข้แยกตัวเอง คิดเพื่อผ้นนอกความเป็นจริง หรือก็ไม่เลียนแบบที่ไม่ดีซึ่งกันและกัน โดยไม่มีผู้สอดส่องดูชักนำให้คิดให้ทำในสิ่งที่ควร ไม่มีการสอนให้เรียนรู้ในสิ่งต่าง ๆ ให้ทำกิจกรรมที่เคยทำ ให้แสดงความสามารถ ยืนอยู่นาน ๆ เข้าก็จะเสื่อมถอยในความสามารถต่าง ๆ เกิดความกลัวที่จะออกไปสู่สังคมภายนอก มีความรู้พยาบาลแล้วมีสภาพจิตใจเสื่อมลง ไม่ใช่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคทำให้เป็นเช่นนั้นเสมอไป แต่สภาพของโรงพยาบาลที่มีลักษณะเป็นพยาธิสภาพอยู่แล้ว ทำให้คนไข้แทนที่จะหายดีกลับหายซ้ำ หรือหายไม่ได้ หรือไม่หายเลยก็มี

หลังสงครามโลกครั้งที่สองสิ้นสุดลง ประชาชนเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากภาวะของสงคราม ทำให้เกิดมีผู้พยายามคิดค้นศึกษาวิธีการรักษาแผนใหม่ขึ้นมาเพื่อจะให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม และบุคคลที่สมควรจะยกย่องได้แก่ Dr.Maxwell Jones เป็นผู้นำเอาวิธีการ Therapeutic Community มาใช้เป็นคนแรก นายแพทย์ผู้นี้ได้เริ่มให้การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวในโรงพยาบาล Belmont ประเทศอังกฤษเมื่อปี ค.ศ.1940 และได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้เป็นครั้งแรก ซึ่งได้พิมพ์ขึ้นในสหรัฐอเมริกา แต่เปลี่ยนชื่อเป็น "The Therapeutic Community" วิธีการรักษาของนายแพทย์ผู้นี้ก็คือ

1. ทำให้เป็นโรงพยาบาลเปิด ("Open door") คนไข้มีอิสระภาพเพิ่มขึ้น มีการติดต่อกับสังคมภายนอกมากขึ้นให้มีกิจกรรมการรักษามากขึ้นรวมทั้ง
2. มีสิทธิเสรีภาพในการออกความคิดเห็นเพิ่มขึ้น Dr.Jones ได้กล่าวไว้ในหนังสือเล่มใหม่ ซึ่งพิมพ์ในปี 1968 ว่า Therapeutic Community ก็คือความพยายามที่จะทำให้โรงพยาบาลโรคจิตมีสภาพไม่แตกต่างกับสภาพของสังคมทั่ว ๆ ไป และทั้งยังจำลองเอาวิธีการอย่างง่าย ๆ ในสังคมมาใช้กับคนไข้ด้วย

สหรัฐอเมริกาได้นิยมนำเอาวิธีการของ Dr.Jones ไปใช้อย่างแพร่หลายจิตแพทย์หลายท่านถึงกับลงทุนบินไปศึกษาของ Dr.Jones ด้วยตนเอง และปรากฏผลออกมาว่าหลังจากโรงพยาบาลซานเมื่อง (State hospital) ของสหรัฐอเมริกานำเอา Therapeutic Community มาใช้ ทำให้สามารถจำหน่ายคนไข้โรคจิตเรื้อรังออกไปอยู่ชุมชนได้ถึง 25% คนไข้จำนวนดังกล่าวนี้ แก่ก่อนนั้นคิดว่าคงจะต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไปและด้วย Therapeutic Community นี้เอง ทำให้วิชาจิตเวชชุมชน (Community Psychiatry) มีบทบาทสำคัญและเป็นที่นิยมกันในวงการจิตเวชทั่วโลกในปัจจุบัน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ในประเทศไทย นายแพทย์ สงัด สุวรรณเลิศ เป็นบุคคลแรกนำเอาหลักการ Therapeutic Community มาใช้ในแผนกหญิง โรงพยาบาลศรีรัษฎา ในปี พ.ศ.2508 ต่อมาในปี พ.ศ.2514 แพทย์หญิงยุพา วิสุทธิโกศล ได้ดำเนินการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวกับคนไข้แผนกชายโรงพยาบาลศรีรัษฎา และได้สรุปประสบการณ์การปฏิบัติงานนี้ไว้ว่า Therapeutic Community เหมาะสำหรับโรงพยาบาลโรคจิตที่ขาดแคลนจิตแพทย์ เพราะทำให้บุคลากรอื่น ๆ ในทีมผู้รักษาช่วยกันรักษาผู้ป่วย และช่วยแบ่งเบาภาระของแพทย์ได้มาก ทำให้การบริหารดูแลรักษาได้ดีขึ้น และทำให้ทีมผู้รักษาทุกคนมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน ในเดือนสิงหาคม 2518 นายแพทย์หทัย ชิดานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยาได้มอบหมายให้นายแพทย์ชูติศย์ ปานปรีชา เปิดแผนกโรงพยาบาลกลางวันขึ้นใหม่อีกครั้งหนึ่งโดยยึดเอา Milieu Therapy เป็นหลักในการรักษาและจากการประเมินผลของงานในระยะ 6 เดือนแรก ปรากฏว่า ประมาณ 75% ของคนไข้และญาติพอใจการรักษาด้วยวิธีนี้ (พ.ศ.2519)

จุดมุ่งหมาย

การให้การรักษาคคนไข้ทางจิตเวชด้วย Milieu Therapy ก็ด้วยจุดประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้คนไข้ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นจากที่มีอยู่เดิม ซึ่งได้แก่ Organic Therapy และ Psychotherapy ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะให้พฤติกรรมของคนไข้ดีขึ้น
2. เพื่อให้คนไข้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสภาพความเป็นอยู่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือเปลี่ยนไปจากที่ควรจะเป็นจริงในสังคม
3. เพื่อฝึกฝนให้คนไข้เกิดความชำนาญในการติดต่อกับบุคคลอื่นด้วยความเหมาะสมและตามความเป็นจริง
4. เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นตนเอง
5. เพื่อเตรียมคนไข้ให้กลับคืนสู่สังคมเดิมในสภาพที่พร้อมจะเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่กำลังมีอยู่หรือที่จะมีขึ้นในอนาคต รวมทั้งมีความสามารถที่จะรับผิดชอบตนเองครอบ และสังคมเพิ่มขึ้น

หลักการ

กลไกสำคัญใน Milieu Therapy อาศัยหลักของการเรียนรู้

1. การเรียนรู้ (Learning Theory) ในวิชาจิตวิทยาทั่วไป (General Psychology)
2. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) โดยเชื่อว่ามนุษย์เราเป็นสัตว์อันประเสริฐมีความสามารถที่จะเรียนรู้ และมีความพยายามที่จะปรับตัวเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ถ้าจัดสิ่งแวดล้อมดีก็จะโน้มน้าวให้พฤติกรรมของมนุษย์ไปในทางดี ถ้าทำสถานที่สร้างบรรยากาศให้น่าอยู่มีกิจกรรมเชิญชวนให้คนไข้อยากเข้าร่วมกลุ่ม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. การสื่อความหมาย (Communication) มีการกระตุ้นให้มีการแสดงออก เกิดความภาคภูมิใจ ได้รับการเรียนรู้ มีแบบอย่างที่ดีจูงใจให้เลียนแบบ ก็จะทำให้ความนึกคิดอารมณ์และพฤติกรรมของคนใช้ดีขึ้น

หลักใหญ่ของ Milieu Therapy ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 อย่างสำหรับใช้ในการพิจารณาจัดทำให้เป็น Milieu ขึ้นมา ซึ่งได้แก่

- สถานที่ (Physical and environmental climate)
- กิจกรรม (Program or activities)
- บุคลากรผู้ให้การรักษา (Staff)
- คนไข้ (Patients)

1. สถานที่

สถานที่เป็นองค์ประกอบสำคัญไม่น้อยกว่าองค์ประกอบอื่น ๆ ดังที่ Dr.Eaton และ Dr.Peterson (ค.ศ.1969) ได้กล่าวว่า basic concept ของ Milieu Therapy ก็คือ การจัดสถานที่ให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ไม่ใช่เป็นเพียงที่มีการรักษาเกิดขึ้น หมายความว่า จะจัดสถานที่อย่างไรตามใจชอบไม่ได้ ต้องจัดให้เป็น "Therapeutic" แก่คนไข้วิธีจัดมีดังนี้

1.1 ที่ตั้ง ต้องอยู่ในชุมชน ไปมาได้สะดวกและรวดเร็ว

1.2 เปิดโรงพยาบาลให้ผู้คนเข้าออกได้สะดวก และการเข้าออกในที่พักคนไข้ต้องสะดวกเช่นกัน

1.3 ตกแต่งสถานที่ให้มีสภาพเหมือนบ้านหรือสังคมภายนอกมีเครื่องประดับและใช้สีสรรให้สวยงามชวนให้น่าอยู่

1.4 ต้องมีห้องใหญ่ 1 ห้อง สำหรับให้คนไข้และผู้ให้การรักษาทุกคนมาพบกันพร้อมทั้งมีห้องสำหรับทำกิจกรรมอื่น ๆ รวมทั้งห้องทำ individual meeting ด้วย

1.5 ต้องมีปฏิทินบอกวัน เดือน ปี มีนาฬิกาบอกเวลา มีชื่อบอกสถานที่ต่าง ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด disorientation หรือ disorganization

1.6 สภาพของห้องน้ำและห้องนอนก็มีความจำเป็นต้องจัดให้เป็นสัดส่วน ให้มีสุขภัณฑ์เครื่องใช้คล้ายบ้าน ห้องนอนควรทำเป็นห้องไม่ใหญ่นัก อย่างมากอยู่ได้ 4 คน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสงบเวลานอน และคนไข้มีความเป็นสัดส่วนส่วนตัวพอสมควร

อย่างไรก็ตาม สภาพความเป็นอยู่ของคนไทยและสังคมไทยมีความแตกต่างกันมาก ระหว่างคนในกรุง ในเขตเทศบาลและคนอยู่ไกลความเจริญ ระหว่างคนมีและคนจน ควรจัดสถานที่อยู่ของคนเข้าเป็นระดับต่าง ๆ กัน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2. กิจกรรม

ใน Milieu Therapy นั้น ใช้กิจกรรมเป็นสะพานหรือ media ให้มีกลุ่มเกิดขึ้นเป็นเหมือนเครื่องมือส่งแรงผลักดันให้เกิดสังคมระหว่างคนไข้และคนไข้ คนไข้และผู้ให้การรักษารือระหว่างผู้ให้การรักษาด้วยกันเอง หลักในการจัดกิจกรรมมีดังนี้

2.1 ต้องเป็นกิจกรรมที่ทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมด้วย

2.2 ควรมีกิจกรรมหลายชนิด (multiple group activity) ทั้งนี้ก็เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาของคนไข้แต่ละคนซึ่งไม่เหมือนกัน ชนิดของกิจกรรมแบ่งได้เป็น

- Group Therapeutic Community (Group T.C)
- Group Recreation
- Group Occupation
- Group Education
- Social Meeting

รายละเอียดของกิจกรรมแต่ละอย่างจะได้กล่าวในตอนหลัง

2.3 ต้องกำหนดเวลาของกิจกรรมเอาไว้ให้แน่ชัด เขียนเป็นตารางการปฏิบัติแต่ละวันของสัปดาห์ ในวันหนึ่งควรมี 3-4 กิจกรรมซึ่งไม่เหมือนกัน ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง ตารางของกิจกรรมต้องปิดประกาศไว้ในที่เด่น ทำให้สะดุดตาเห็นได้ง่าย เพื่อจะเตือนให้ทุกคนนึกถึง และรู้ถึงหน้าที่ของแต่ละวันไป

2.4 กิจกรรมที่แจ้งไว้ นั้นเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมและความจำเป็น

2.5 ควรจัดกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกที่พัก หรือนอกโรงพยาบาลเพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ ขจัดความรู้สึกจำเจ กิจกรรมโรงพยาบาลเป็นการเปิดโอกาสให้คนไข้ได้ออกไปสู่สังคม ทดลองกับสภาพที่แท้จริง เวลาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะได้ไม่เกิดความรู้สึกเปลี่ยนแปลงในสถานที่ หรือเกิดความหวาดกลัวแต่อย่างใด

2.6 กลุ่มกิจกรรมไม่ควรใหญ่มากนัก เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม Dr.Daniela (ค.ศ.1975) กล่าวว่า กลุ่มหนึ่ง ๆ ไม่ควรเกิน 15 คน (รวมทั้งคนไข้และผู้ให้การรักษารือ)

3. บุคคลากรผู้ให้การรักษารือ

เป็นผู้ดำเนินการรักษาให้เป็นไปตามจุดประสงค์ดังกล่าวแล้ว หลักสำคัญของผู้ให้การรักษารือแบบ Milieu Therapy ต้องประกอบด้วย

3.1 กลุ่มบุคคลากรที่มีประสบการณ์และความชำนาญต่างกันไป ทำงานร่วมกันเป็นทีม (team work) ซึ่งได้แก่ จิตแพทย์ , นักจิตวิทยา , นักสังคมสงเคราะห์ , พยาบาล , จิตเวช , ผู้ช่วยพยาบาล , นักชีวบำบัด , และนักสันตนาการบำบัด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3.2 หัวหน้าทีมเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด (key personnel) ในการรักษาแบบ Milieu Therapy โดยต้องมีคุณสมบัติของความเป็นผู้นำในระบบประชาธิปไตย (democratic leadership) ไม่ใช่อำนาจหน้าที่ของตน หรือความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสินใจ ต้องเป็นผู้รับฟังที่ดี คอยกระตุ้นให้ทุกคนในทีมมีโอกาส และมีอิสระในการพบปะสังสรรค์แสดงความรู้สึก หรือความคิดเห็นของตนออกมา

โดยทั่วไปจิตแพทย์จะได้รับการยกย่องเป็นหัวหน้าทีม แต่ในข้อเท็จจริงอย่างที่ Dr. Cumming และ Dr.Cumming ค.ศ. (1962) กล่าวไว้ว่า พยาบาลจิตเวชเป็นตัวจักรสำคัญในการดำเนินการให้เป็นไป และทรงไว้ซึ่ง Therapeutic Milieu เพราะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับคนไข้ มากกว่าจิตแพทย์ คอยอำนวยความสะดวกให้ความช่วยเหลือคนไข้ เป็นผู้ตอบคำถามให้ความกระจ่างแก่คนไข้ได้ตลอดเวลาตามต้องการ

ในภาวะการของประเทศไทยที่ยังขาดตัวบุคคลากรในทีมจิตเวช โดยเฉพาะจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ สามารถทำงานประจำในทีม Milieu Therapy ได้เป็นบางเวลา (half time) บุคคลที่จะดำเนินการรักษาให้เป็นไปโดยเรียบร้อยตลอดเวลาได้แก่ พยาบาลจิตเวช และพยาบาลผู้ช่วยซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ประจำ เป็นบุคคลที่ต้องทำหน้าที่และรู้หน้าที่หลายอย่าง เป็นบุคคลแรกที่ญาติได้พบ รับคำบอกเล่าหรือคำสั่งเกี่ยวกับงานจากบุคคลากรหลายฝ่าย เป็นผู้รักษา เป็นผู้คอยช่วยเหลือแก่ทุกฝ่าย เป็นแม่บ้านดูแลความสะอาดความเรียบร้อยของสถานที่ รวมทั้งรับผิดชอบอุปกรณ์การรักษาทุกชนิด ถ้าทีมจิตเวชใดที่บุคคลกรดังกล่าวมีความสามารถเป็นพิเศษ มีความคล่องตัวสูง รับผิดชอบ ผสมผสานงานทุกชนิดได้อย่างดี ก็จะทำให้การรักษาดำเนินไป ได้ผล

3.3 เจตคติ (attitude) ของบุคคลากรทุกคนในทีม Milieu Therapy ต้องเป็นไปในลักษณะคล้ายคลึงกันคือ ไม่วางตนเหนือหรือใช้อำนาจบังคับคนไข้ แต่เป็นผู้คอยให้คำปรึกษา แนะนำ และทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี คุณสมบัติของบุคคลากรในการรักษาแบบนี้ต้องประกอบด้วย เป็นผู้มีศีลธรรม มีเมตตา กรุณา มีสุขภาพจิตดี มีใจรักในงาน สามารถจะล่วงรู้และมีความเข้าใจในความต้องการของคนไข้ สามารถผ่อนปรนประนีประนอมแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างดี

3.4 บุคลากรทุกคนมีหน้าที่ งานที่ต้องปฏิบัติโดยเฉพาะ (role) แต่ละคนเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมแตกต่างกันไป ทั้งนี้เพื่อจะได้มีโอกาสนำเอาความรู้ความชำนาญเฉพาะตัวของแต่ละคนเข้าช่วยเหลือแก้ปัญหาของคนไข้ซึ่งแตกต่างกันไป

นอกจากนี้บุคลากรทุกคนต้องสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำทำกลุ่มกิจกรรมอื่นๆ ได้จะเห็นได้ว่าใน Milieu Therapy นั้น ผู้ให้การรักษาทุกคนจะถูกกระตุ้นให้มีความคล่องตัว ในกิจกรรมหลายชนิด (role overlapping) พอที่จะทดแทนช่วยเหลือกันได้ โดยเฉพาะเมื่อผู้นำกิจกรรมหนึ่ง กิจกรรมใดขาดไป ก็สามารถจะหาผู้อื่นมาทำกิจกรรมนั้นได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3.5 บุคคลากรทุกคนไม่ควรแต่งเครื่องแบบ เพราะเครื่องแบบเป็นสัญลักษณ์ของ "อำนาจความยิ่งใหญ่" การไม่แต่งเครื่องแบบทำให้ไม่เกิดความแตกต่างกันในกลุ่มแต่ละคน เป็นส่วนหนึ่งที่เท่า ๆ กัน คนไข้ไม่รู้สึกลำบากใจที่จะติดต่อสังสรรค์ด้วยเท่ากับบิฮาระ ให้กำลังใจ ขจัดความหวาดกลัว เกิดความกล้าที่จะพูด หรือแสดงความประสงค์และความสามารถออกมา

3.6 หลักการที่สำคัญอันหนึ่งคือ การประชุมบุคคลากร (Staff meeting) สำหรับพบปะสังสรรค์ ระบายความรู้สึก ขจัดข้อขัดแย้ง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพิ่มพูนความรู้

4. คนไข้

หลักของ Milieu Therapy เกี่ยวกับคนไข้มีดังนี้ :-

4.1 ประกอบด้วยทั้งหญิงและชายเหมือนสังคมจริงนอกโรงพยาบาล การมีทั้งสองเพศ อยู่ร่วมกันเกิดประโยชน์ที่จะฝึกการวางตัว หรือการกระทำต่อหน้าเพศตรงข้าม มีโอกาสได้เรียนรู้ และแก้ปัญหาในเรื่องเพศ

4.2 คนไข้มีอิสระในการไปไหนมาไหน หรือกระทำการใด ๆ ได้ในโรงพยาบาลตามความเหมาะสมกับเวลาและสถานที่ และภายในขอบเขตสิทธิที่จะพึงจะมี

4.3 คนไข้จะมีส่วนในการบริหารโรงพยาบาล และการบริการคนไข้ โดยเข้าประชุมร่วมกับบุคคลากรใน group T.C. หรือ patient-staff meeting

4.4 คนไข้จะถูกกระตุ้นอยู่ตลอดเวลาให้ร่วมกันเป็นกลุ่ม เข้าร่วมในกิจกรรมมีการสื่อความหมายกัน ให้แสดงออกที่จะร่วมกันสร้างสรรค์สังคม หรือสถานที่ที่ตนเองอยู่ ความเสียสละเพื่อส่วนรวม ออกแรงกาย หรือให้ข้อคิดเห็น เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นที่มีความทุกข์

4.5 คนไข้จะได้รับการส่งเสริมให้เป็นคนไม่เฉยเมยเชื่องช้า เป็นตัวของตัวเอง ปกครองตนเอง รับผิดชอบ กล้าพูดกล้าแสดง ไม่หวาดกลัวที่จะพบปะผู้คน

5. วิธีการให้การรักษา

ให้คนไข้มีภาระกิจที่ต้องพบ กระทำการร่วมกันในระหว่างอยู่โรงพยาบาลเหมือนกับสภาพที่แท้จริงในสังคมที่จะต้องพบปะผู้คน มีงานต้องทำเป็นประจำไม่อยู่นิ่งเฉย การรวมกลุ่มหรือทำกิจกรรมร่วมกันนั้น ต้องมีเป็นประจำทำติดต่อกัน (Continuous group activity) และมีการพูดคุยได้อย่างเสรีเปิดเผย เพื่อให้คนไข้ได้เรียนรู้ และหัดการสื่อความหมายในกลุ่มพฤติกรรมต่างๆ ของคนไข้ที่แสดงออกก็จะถูกนำมาเป็นจุดของการสนทนา โดยมุ่งหวังที่จะสนับสนุนส่งเสริม และจัดส่วนไม่เหมาะสมออกไป วิธีการต่าง ๆ ใน Behavior Therapy จะถูกนำมาใช้ เช่น เมื่อคนไข้ทำดีก็ได้รับการยกย่องชมเชย บางครั้งก็มีการให้รางวัล เพื่อที่จะให้มีสิ่งเร้าใจ เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นแรงจูงใจ ให้ทุกคนในกลุ่มอยากทำดี พฤติกรรมที่ไม่ดีก็จะถูกตักเตือน หรือไม่ได้รับความสนใจจากกลุ่ม รวมทั้งถูกตัดสิทธิบางอย่างด้วย บุคคลากรควรเป็นตัวอยางที่คนไข้ได้เลียนแบบ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่ควรนำเอกสารนี้ไปเผยแพร่หรือใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของเอกสาร

จริงอยู่ การทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้ทำต้องอยู่ในระเบียบวินัยกฎข้อบังคับ แต่ก็ไม่ควรเจียบขาดหรือเคร่งครัดจนทำให้บรรยากาศตึงเครียดไม่ชวนให้เกิดความเป็นกันเอง หรือไม่ได้รับความเพลิดเพลิน อันแปลงในกิจกรรมตามคำเรียกร้อง หรือร่วมในกิจกรรมอีกต่อไป บางครั้งก็ควรยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมตามคำเรียกร้อง หรือมติสวนรวม ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นก่อให้เกิดผลดี หรืออย่างน้อยไม่ได้ทำให้เกิดความเสียหายแต่อย่างใด ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความเป็นประชาธิปไตยในกลุ่ม ให้สิทธิมนุษยชนแก่คนไข้ อนุโลมผ่อนปรนตามความจำเป็นของสถานการณ์ รวมทั้งเป็นการยกย่องสนับสนุนในความคิดที่ดีของคนไข้ หรือยกย่องในผลสำเร็จของการรวมพลังกันกระทำการ (ที่เหมาะสม) ในกลุ่ม

กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อการรักษาแบบ Milieu Therapy ได้แก่

1. Group Therapeutic Community นิยมเรียกสั้น ๆ ว่า "Group T.C." หมายถึง การพบปะประชุมกันระหว่างคนไข้และบุคลากรทั้งหมดในทีม เพื่อคนไข้มีส่วนร่วมในการบริหารและการรักษา คนไข้ทุกคนจะได้รับการบอกเล่าจากหัวหน้าทีม ให้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ ที่ได้เข้ามาอยู่ในสถานที่นี้ มีความคิดเห็นอย่างไรต่อสถานที่ บุคลากรและการรักษา พูดได้อย่างอิสระตรงไปตรงมา ต้องการจะได้อะไรอยากจะทำอะไรเปลี่ยนแปลงอะไรอย่างไรก็พูดออกมาได้ ทางโรงพยาบาลจะรับไปพิจารณา ข้อมูลและความคิดเห็นของคนไข้มีประโยชน์ต่อโรงพยาบาลมาก เป็นเสมือนกระจกเงา ทำให้มองเห็นความบกพร่องต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลยังมีอยู่ หรือมีส่วนไหนที่คนไข้อาจไม่เข้าใจ หรืออาจเข้าใจผิดหรือทางโรงพยาบาลไม่สามารถตอบสนองได้ ก็จะชี้แจงให้คนไข้ได้ทราบ ทำให้คนไข้ทุกคนหายข้องใจได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม มีความเป็นอยู่ในโรงพยาบาลตามสภาพที่ควรจะเป็น

บางครั้ง Group T.C. จะจัดในรูปให้คนไข้ดำเนินการประชุมเอง โดยเลือกคนหนึ่งขึ้นมาเป็นประธานดำเนินการ (ถ้าเป็นไปได้อาจจะมีอีกคนหนึ่งเป็นเลขานุการ จัดบันทึกการประชุม) บุคลากรเข้าร่วมด้วยในฐานะผู้รับฟัง ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ช่วยชี้แจงหรือตอบข้อข้องใจของคนไข้ เป็นการฝึกให้คนไข้หัดปกครองกันเอง (Patients government) หัดคิดวางแผนการณหรือหัดทำกิจกรรมกันเอง

2. สันทนาการบำบัด (Recreation หรือ Recreational Therapy)

คือกลุ่มกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อการรื่นเริงบันเทิงใจ ให้ทุกคนในกลุ่มได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน อยากเข้าร่วมกลุ่มที่นิยมทำกันได้แก่ การร้องเพลงร่วมกัน เล่นดนตรีหรือเรื่องตลก ขบขัน รำวง เดินรำ เล่นการละเล่นหรือเกมสนุกต่างๆ

นอกจากนี้ Recreation ยังรวมถึงการบริหารร่างกาย เล่นกีฬาทั้งในร่มและกลางแจ้งเป็นการออกกำลังกาย แสดงความสามารถ หัดให้เรียนรู้และปฏิบัติตามเกณฑ์ของเกมกีฬานั้น ๆ หัดการเล่นกันเป็นทีม และกระตุ้นให้คิดแข่งขันเอาชนะกัน

เอกสารนี้เป็นลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

3. อาชีวนำบัด (Occupational Therapy)

เรียกย่อว่า O.T. หรือชีวนำบัด มักนิยมทำในรูปหัตถกรรม (ในหน่วยงานจิตเวช ใหญ่ ๆ ที่มีเครื่องมือเครื่องใช้มาก อาจทำในรูปอุตสาหกรรมบำบัด หรือถ้ามีที่ดินมากก็ทำในแบบกสิกรรมบำบัด) ให้คนไข้ได้ใช้สมอง ใช้สายตาและมือประสานกันทำงาน เป็นการใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ ได้เรียนรู้งาน ระบายอารมณ์ ให้ความเพลิดเพลิน ก่อให้เกิดความสำเร็จและเกิดความภาคภูมิใจในผลงาน และใช้ O.T. เป็นสะพานเชื่อมโยงในการสื่อความหมายผูกมิตรกับคนอื่น คนไข้ที่ช้ำอายุ พุดไม่เก่ง จะหายประหม่าถ้าทำงานไปคุยไป บุคลากรก็จะเรียนรู้อารมณ์ ปัญหา ความต้องการ และเรื่องราวต่างๆ ของคนไข้จากการทำงาน หรือการสนทนาระหว่างงาน

หลักการของ Psychiatric O.T. ไม่ได้มุ่งหมายให้ใช้แรงงานของคนไข้ก่อให้เกิดผลิตผลออกมาจำหน่ายได้เป็นเงินให้แก่โรงพยาบาล แม้จะได้มาก็ควรแบ่งให้คนไข้ด้วย เพื่อเป็นกำลังใจ เป็นแรงจูงใจให้คนไข้อยากทำอีก

4. ให้ความรู้ (Education)

เป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้กับคนไข้ด้วยการจัดกลุ่มในรูปแบบต่าง ๆ กันเช่นอ่านข่าวจากหนังสือพิมพ์ สารคดี บทความต่าง ๆ แล้วหัดเล่าวิจารณ์เรื่องราวที่อ่าน ทายปัญหาต่างๆ หรือให้คนไข้เล่าเกี่ยวกับวิชาชีพของแต่ละคน กระตุ้นให้กลุ่มสนใจที่จะหาความรู้ทันเหตุการณ์ในสังคมปัจจุบัน ได้แก่ การแข่งขันชิงรางวัล โครตตอบคำถามได้คะแนนมากที่สุดจะมีรางวัลให้

5. การสร้างสรรค์ (Social meeting)

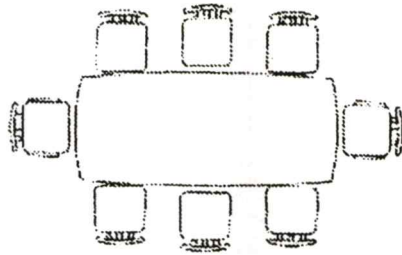
ให้คนไข้ได้พบปะกัน หัดการวางตัวที่เหมาะสม หรือจัดทำกิจกรรมร่วมกันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ทำอาหารรับประทาน จัดงานสังสรรค์วันเกิด งานสงกรานต์ งานรื่นเริงปีใหม่ ฯลฯ

Basic Conceptual of Milieu Therapy

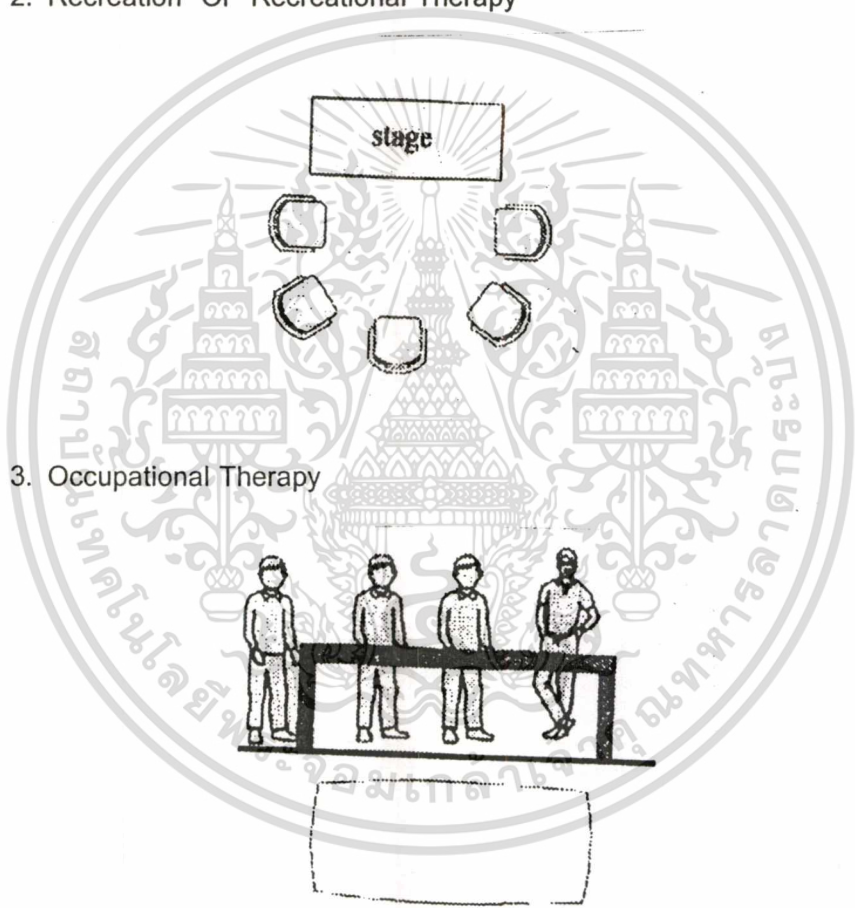
| |
|---|
| 1. สถานที่ |
| <ul style="list-style-type: none"> - ต้องอยู่ในชุมชนเดินทางสะดวก - ทำสถานที่ให้เปรียบเหมือนบ้านหรือคล้ายสังคมภายนอก - ต้องมี common room สำหรับ individual meeting ให้ทุกคนในบ้านมาพร้อมหน้ากัน - ต้องมีปฏิทินบอก วัน เดือน ปี มีนาฬิกา มีชื่อบอกสถานที่มิให้ผู้ป่วยเกิดอาการ disorientation หรือ disorganization - ห้องน้ำและห้องนอนมีความจำเป็นต้องเป็นสัดส่วนอยู่ 4 คนต่อหลัง |
| 2. กิจกรรม |
| <ul style="list-style-type: none"> - เป็นกลุ่มกำหนดเวลาแน่นอน - Group Therapeutic Community - Group Recreation - Group Occupation - Group Education - Social Meeting - กิจกรรมภายนอกที่พัก กลุ่มละไม่เกิน 15 คน |
| 3. บุคลากร |
| <ul style="list-style-type: none"> - นักจิตวิทยา - นักสังคมสงเคราะห์ - พยาบาล - นักอาชีพบำบัด - นักสันตนาการบำบัด |
| 4. คนไข้ |
| <ul style="list-style-type: none"> - ทั้งหญิง-ชายอยู่รวมกันเพื่อฝึกการเข้าสังคม - มีอิสระที่เหมาะสมกับเวลาและสถานที่ - มีส่วนในการบริการคนไข้ด้วยตนเองและเข้าประชุมกับบุคลากร - มีการแสดงออกเป็นกลุ่มที่จะสร้างสรรค์สังคมที่ตนเองอยู่ - กระตุ้นให้กล้าแสดงออกและปกครองตนเองอย่างเหมาะสม |

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

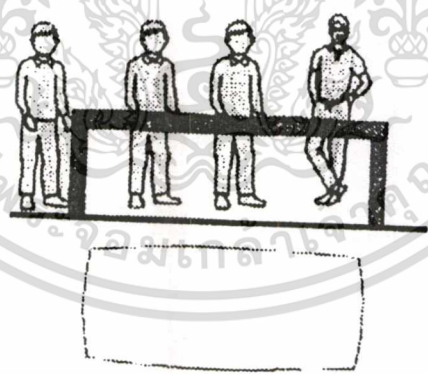
1. Group Therapeutic Community



2. Recreation Or Recreational Therapy



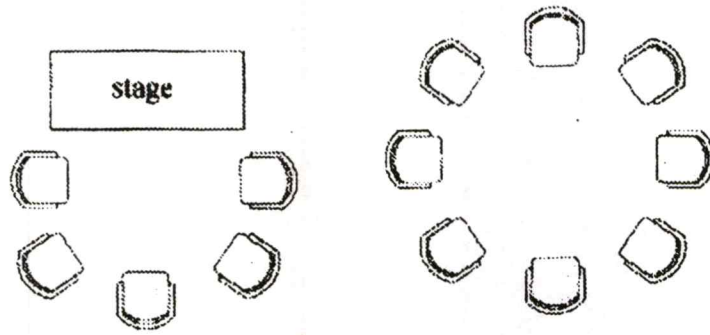
3. Occupational Therapy



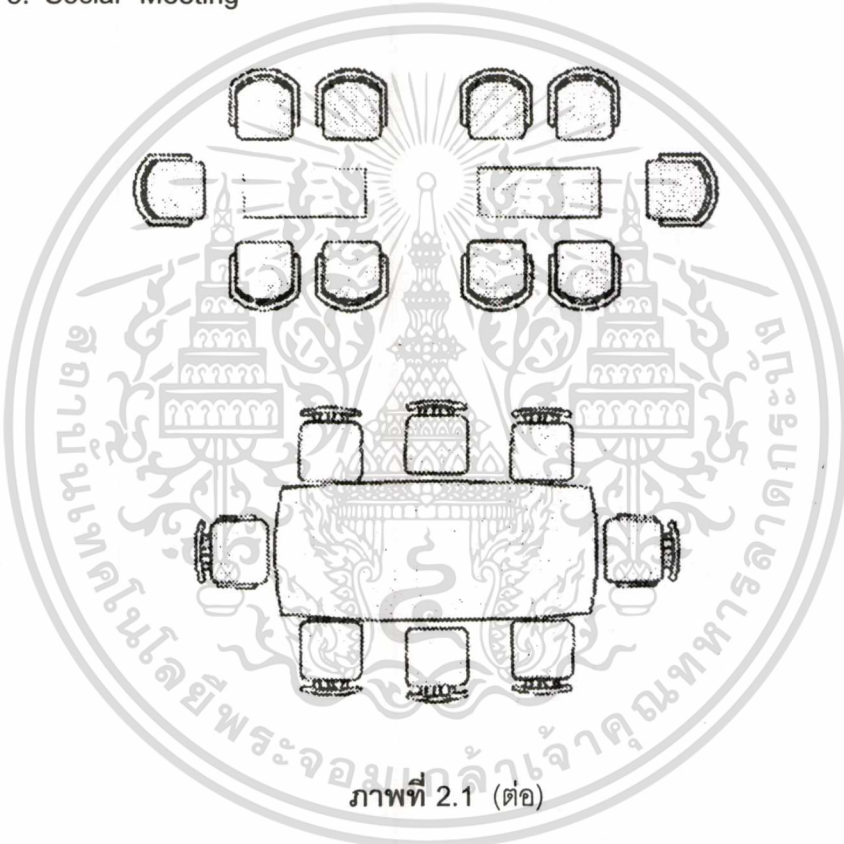
ภาพที่ 2.1 แสดงกิจกรรมในการใช้พื้นที่ผู้ป่วย

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

4. Education



5. Social Meeting



ภาพที่ 2.1 (ต่อ)

วิธีการอีกชนิดหนึ่งที่มีประโยชน์มากในการฝึกซ้อมตนเองก่อนไปเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจริงในอนาคตอันใกล้ เรียกว่า "Role play" เป็นการจำลองวิธีการมาจาก "Psychodrama" แต่ทำอย่างง่าย ๆ ไม่ต้องจัดฉาก จัดสถานที่ หรือเตรียมการมากมายนัก เพียงแต่สมมติเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจริง (หรือบางครั้งเป็นเหตุการณ์ที่ได้เกิดมาแล้วก็ได้) แล้วให้คนใช้คนที่จะต้องพบกับเหตุการณ์นั้นแสดงร่วมกับคนใช้อื่นเป็นตัวประกอบ (บางครั้งอาจใช้บุคคลากรรวมแสดงด้วย) นอกนั้นเป็นผู้ชม พอแสดงเสร็จก็ช่วยกันวิจารณ์ต่อเติมบทบาทคำพูดที่เหมาะสม ทำให้คนใช้เกิดความกล้า ได้เรียนรู้และเตรียมตัวก่อนไปเผชิญกับปัญหานั้น ๆ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บางครั้งทำ social meeting นอกโรงพยาบาลในรูปแบบ community trip หรือทัศนศึกษาเพื่อหาความรู้ ความเพลิดเพลิน เปลี่ยนบรรยากาศ และหัดการวางตัวในกลุ่มสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงในสังคม

นอกจากกิจกรรมทั้ง 5 กลุ่มใหญ่ดังกล่าวแล้ว การรักษาแบบ Milieu Therapy ยังสามารถทำในรูปแบบอื่น ๆ ได้เป็นครั้งคราว เช่น นำเอาภาพยนตร์บันเทิงเบาสมอง สารคดี หรือวิชาการมาฉายให้ดู , นิมนต์พระมาแสดงธรรม , หรือมีอาสาสมัครมาช่วยเหลือจัดกิจกรรมให้คนไข้หลังจากนั้นบุคคลากรก็จะประชุมคนไข้ทั้งหมด แล้วให้คนไข้ช่วยกันเล่าสิ่งที่ตนได้เห็นได้ยินหัดตั้งข้อสังเกตให้ความคิดเห็น รวมทั้งการวิพากวิจารณ์ด้วย

กล่าวโดยสรุป Milieu Therapy เป็นความก้าวหน้าในการรักษาทางจิตเวชที่กำเนิดมาจากความบกพร่องหรือจุดอ่อนของการรักษาที่มีอยู่ในอดีต ด้วยความสามารถของทีมนักจิตกรจัดกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้น โดยยึดหลักการรวมอยู่ร่วมกันในระบอบประชาธิปไตย กระตุ้นให้คนไข้ได้พูด ได้แสดง ได้เรียนรู้ ได้เรียนแบบ ได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบอยู่ตลอดเวลา มีผลให้เกิดการแก้ไขในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม วางตัวในกลุ่มชนได้ดีขึ้น เพิ่มความเชื่อมั่น และความรอบรู้ที่จะออกไปใช้ชีวิตในสังคม เชื่อว่า Milieu Therapy เป็นการรักษาที่ได้ผลและเหมาะสมกับภาวะการณ์ของสังคมในปัจจุบัน

การรักษาแบบ Milieu Therapy

1. เรื่องของสถานที่สำหรับผู้ป่วยทางด้านจิตเวช ซึ่งควรจะเป็นชั้น 1 หรือติดอยู่บนพื้นดินไม่ควรที่อยู่บนตึกสูงมาก ๆ อาจจะก่อให้เกิดความอันตรายกับผู้ป่วยทางจิตเวชได้
2. ลักษณะของบรรยากาศต่าง ๆ เมื่อมองดูแล้วรู้สึกสบายตา ไม่ทึบมากจนเกินไป รวมทั้งจะต้องมีตัวกระตุ้นต่างๆ ทางกายภาพ สิ่งต่าง ๆ หรือเสียงต่าง ๆ ไม่รบกวนมากเกินไป และต้องไม่เจียบส่งจนเกินไปด้วยเช่นกันนะคะ อาจจะเป็นเสียงเพลงเบา ๆ ให้มีการติดตามข่าวสารได้เห็นปฏิทินเห็นการเคลื่อนไหว กลางวัน กลางคืน ได้เห็นเวลาอย่างชัดเจน
3. สำหรับห้องน้ำของคนไข้ ไม่ควรที่จะเปิดทึบทั้งหมด ควรจะมีลักษณะของด้านบนสุดกับด้านล่างสุดของประตูห้องน้ำ เป็นช่องเพื่อให้คนที่ผ่านมาได้สามารถมองเห็นได้ว่า คนไข้ที่เข้าไปในห้องน้ำนั้นเกิดมีเหตุการณ์ใด ๆ ขึ้นหรือไม่ เช่น หกล้ม หรืออาจมีความคิดแว่นขึ้นมาจะพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งคนภายนอกจะได้ให้ความช่วยเหลือได้ทันนะคะ (พญ.ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. 5 ต.ค. 2543)

2.10 ทฤษฎีการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิต

ลักษณะสภาพแวดล้อมที่เป็นแบบ Monotonous หรือสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งเร้าต่ำจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาพหลอนได้ สิ่งโดยรอบที่ไม่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกหรือไม่น่าสนใจ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการมีสติได้น้อยลง สภาพแวดล้อมจะต้องทำให้เกิดการรับรู้ได้ง่าย ไม่ผิดพลาด เช่น พื้นผิวที่มีความแตกต่าง รูปแบบของพื้นที่ใช้งานจะต้องมีสัญลักษณ์ ป้ายบอกอย่างชัดเจนเข้าใจง่าย และไม่รบกวนสายตา

ทฤษฎีการรับรู้เรื่องสีและแสงของผู้ป่วยโรคจิต

การใช้สีโทนเย็นเพื่อช่วยในการพักผ่อนประกอบกับการใช้แสงต้องเป็นรูปแบบชัดเจนเพื่อไม่ให้เกิดเงาที่หลากหลาย

เงาที่เกิดจากแสงตามธรรมชาติในสภาพแวดล้อมจะทำให้รับรู้ในสิ่งที่เป็น 3 มิติได้และไม่ทำให้เกิดอาการคลุ้มคลั่ง

แสงทำให้ร่างกายมนุษย์เกิดการพัฒนาจากผิวหนัง และปรับความรู้สึกทางการมองเห็น ดังนั้นเราจะต้องควบคุมปริมาณแสงให้เหมาะสม

ความร้อนจากแสงมีผลกระทบต่อผิวหนัง ทำให้หลอดเลือดขยายตัวโดยเฉพาะเส้นเลือดแดง มีผลกระทบต่อกายภาพ และการแสดงออกทางจิตใจผ่านทางอุณหภูมิของร่างกาย

จังหวะของร่างกายจะเริ่มในช่วงวันเวลา 9 โมงเช้า โดยร่างกายจะหลั่งสาร "เมลาโทนิน" และ "โนราดีนารีน" เกิดขึ้นกับระบบประสาทส่วนกลางจะเริ่มทำงานมากขึ้น และระบบของร่างกายจะควบคุมการหลั่งสารดังกล่าวจนกระทั่งถึงช่วงกลางวัน

ในตอนกลางวันอุณหภูมิในร่างกายเราจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่บ่าย 3 โมง ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น

ในตอนเย็นถึงค่ำความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลงแต่สารเมลาโทนินจะเพิ่มขึ้น

แสงจากธรรมชาติจะส่งผลถึงปัจจัย กายภาพภายในและนำไปสู่การแสดงออก ซึ่งเกิดจากฮอริโมนภายใน (Wurtman 1969 ; p32)

ต่อม pineal gland เป็นต่อมที่ใช้สังเคราะห์ สารเมลาโทนิน และทำให้เกิดตำแหน่งผลกระทบต่อบริเวณประสาทส่วนกลางในขณะที่แสงผ่านเข้ามาทางสายตา (Wurtman 1969 ; p32)

(Color, Environment, and Human Response Frank H. Mahmke, 1996 p 106, 107, 109, 163, 164, 165)

บทที่ 3

กรอบการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกรอบของการวิจัยจากที่มาของปัญหา แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่กล่าวไว้ในบทที่ 1 และ 2 ซึ่งได้นำมากำหนดเป็นกรอบการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยขั้นนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษาเฉพาะพฤติกรรมและการรับรู้ที่มีต่อสภาพแวดล้อมภายในอาคารพักผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น ซึ่งได้นิยาม ดังนี้

3.1 คำจำกัดความของผู้ป่วยจิตเภท

คือผู้ป่วยที่ถูกทำลายทางด้านจิตใจ หรือจิตใจแตกแยกทำให้แสดงออกทำให้แสดงถึงความผิดปกติทางการรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ซึ่งแบ่งเน 5 ลักษณะ ของผู้ป่วยดังนี้

- อาการหลงผิด (Delusions)
- ประสาทหลอน (Hallucinations)
- คำพูดสับสน (Incoherence)
- มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Undifferentiated)
- ความคิดสับสน (Thought Disorders)

เป็นอาการหลักของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยทฤษฎี Milieu Therapy ถ้าเป็นผู้ป่วยประเภทอื่นจะไม่สามารถใช้ทฤษฎีนี้ในการรักษาได้

2. ศึกษาเฉพาะในอาคารพักผู้ป่วยภายในสถานที่บ้านกึ่งวิถีเนื่องจากเป็นศูนย์บำบัดผู้ป่วยจิตเภทเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยโดยตรง

คำจำกัดความของบ้านกึ่งวิถี

คือ เป็นสถานที่สงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา (โรคจิตเภท) เพื่อบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการจิตทุเลาแล้ว แต่ไม่มีญาติ หรือถูกทอดทิ้งเข้ารับการรักษ เพื่อระบายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยกรมหมื่นนราธิปพงศ์ประพันธ์ ฯพณฯ รองนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 ก.พ.2512 ได้ประทานกรณาดังชื่อใหม่ว่า “บ้านกึ่งวิถี” (Half Way House)

คำจำกัดความของอาคารพักผู้ป่วย

คือ อาคารที่ใช้สำหรับเป็นที่พักผู้ป่วยซึ่งกำหนดจำนวนของผู้ป่วยไว้ไม่เกิน 4 คน/หลัง ต้องเป็นอาคารชั้นเดียวไม่ยกพื้นสูงมาก

3.2 วิธีการวิจัย

1. ศึกษาแผนการพัฒนาประเทศ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ในหัวข้อเรื่องการพัฒนาสุขภาพจิตในประเทศไทย และศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและทำ Pilot study เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา

2. ศึกษาประเภทของผู้ป่วยที่สามารถใช้การรักษาสภาพแวดล้อมบำบัดได้โดยกำหนดเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มี 5 ประเภทดังนี้

- อาการหลงผิด (Delusions)
- ประสาทหลอน (Hallucinations)
- คำพูดสับสน (Incoherence)
- อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Undifferentiated)
- ความคิดสับสน (Thought Disorders)

เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่สามารถใช้ทฤษฎีสภาพแวดล้อมบำบัดได้ คือ Milieu Therapy ถ้าเป็นผู้ป่วยประเภทอื่นไม่สามารถรักษาได้

3. ศึกษาทฤษฎี Milieu Therapy ซึ่งเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการใช้สภาพแวดล้อมบำบัด และรวมถึงอาคารสถานที่ด้วย

4. ศึกษาภายในสถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถีมุ่งเน้นเฉพาะอาคารพักผู้ป่วยและวิเคราะห์พื้นที่ภายในรวมถึงการใช้วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการก่อสร้างและตกแต่ง

5. ศึกษาผู้ป่วยที่เข้าพักในอาคารพักผู้ป่วยในแต่ละปีว่าอัตราของผู้ที่มีอาการดีขึ้นมากน้อยเพียงใด โดยใช้สถิติที่ได้จากสถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถี และจากการทดสอบของจิตแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์

6. หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต และสัมภาษณ์ผู้ป่วย รวมถึงจิตแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อนำมาสรุปและประมวลผลโดยอาศัยหลักตรรกศาสตร์

3.3 การสุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยในเชิงทดลอง (Quasi-experimental) จึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่จำเป็นต้องใช้ในปริมาณมากจึงได้กำหนดขั้นตอนไว้ดังต่อไปนี้

1. ใช้กลุ่มตัวอย่างจากภายในอาคารที่พักผู้ป่วยเดิม ซึ่งมีอยู่ในจำนวน 5-6 คน ต่อ 1 อาคาร

2. วิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสภาพแวดล้อม ภายในอาคารเดิมและประมวลผล

3.4 ขั้นตอนการวิจัย

1. สํารวจสภาพแวดล้อมภายในอาคารพักผู้ป่วยแบบดั้งเดิมโดยใช้แบบสังเกตการณ์ และข้อมูลทางพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตแพทย์และนักร้องคนสงเคราะห์ โดยกำหนดเงื่อนไขให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในอาคารได้อาคารละ 4 คน (จากทฤษฎีในบทที่ 2)
2. ทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วมประกอบกับสัมภาษณ์ผู้ดูแล จิตแพทย์ นักร้องคนสงเคราะห์ ในทุก ๆ 15 วัน เป็นเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน แล้วจึงให้จิตแพทย์เป็นผู้ประเมินผลจากการตรวจผู้ป่วยหรือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีทางจิตเวชศาสตร์
3. นำผลที่ได้จากการประเมินหรือการตรวจของจิตแพทย์มาสรุป และแยกประมวลผล เพื่อหาปัจจัยหลักที่สำคัญในสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุดตามลำดับ
4. สรุปผลจากการวิเคราะห์ และเขียนรายงานผลการวิจัยตัวแปรในสภาพแวดล้อมกับพฤติกรรมของผู้ป่วยว่านำมาตอบสนอง สมมุติฐานของงานวิจัยนี้หรือไม่ อย่างไรเพราะเหตุใด



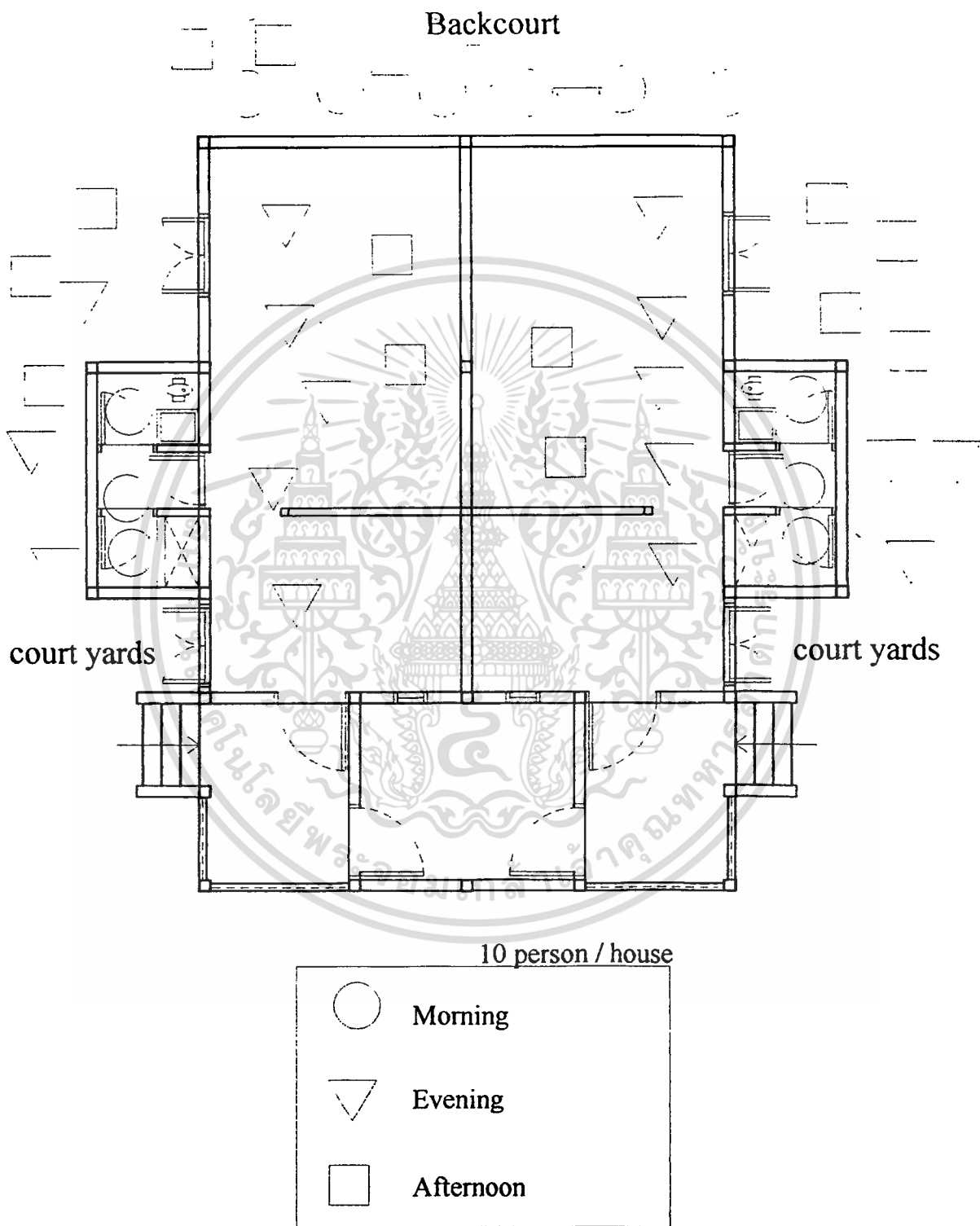
ตารางที่ 3.1 แสดงเครื่องมือการวิจัย

| Todi Variable | Lituration Research | Focused Intoview | Field Mapping | Sttucture Interview | Field observation |
|------------------------------|---------------------|------------------|---------------|---------------------|-------------------|
| 1. กิจกรรมภายในที่พัก | 0 | 0 | | | 0 |
| 2. การเคลื่อนที่ของผู้ป่วย | 0 | 0 | | | 0 |
| 3. ทำทางของผู้ป่วย | 0 | | | | 0. |
| 4. การสื่อความหมาย | 0 | 0 | | | 0 |
| 5. ขนาดของ พ.ท. | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| 6. ตำแหน่งของ พ.ท. ใช้สอย | 0 | | 0 | | 0 |
| 7. สีภายใน | 0 | 0 | | | 0 |
| 8. แสงธรรมชาติ/ประดิษฐ์ | 0 | 0 | | | 0 |
| 9. เสียงจากธรรมชาติ/ประดิษฐ์ | 0 | 0 | | | 0 |
| 10. การปิดล้อม พ.ท. ภายใน | 0 | 0 | 0 | | 0 |

Work Schedule

| | พ.ย. | ธ.ค. | ม.ค. | ก.พ. | มี.ค. | เม.ย. | พ.ค. | มี.ย. | ก.ค. | ส.ค. | ก.ย. | ต.ค. |
|---------------------|------|------|------|------|-------|-------|------|-------|------|------|------|------|
| Literature Research | ← | | | | | → | | | | | | |
| Research Design | ← | | | | | → | | | | | | |
| Pre-test | | | | ← | | → | | | | | | |
| Reconnaissance | | | | ← | | → | | | | | | |
| Focused Interview | | | | | | | ← | | | | | → |
| Field Mapping | | | | ← | | → | ← | | | | | → |
| Field Observation | | | | | | | | | | ← | | → |
| Data Tabulation | | | | | | | | | | | ← | → |
| Report Writing | | | | | | | | | | | ← | → |

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 3.1 Observation Plan

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บทที่ 4

การสำรวจและวิเคราะห์สถานที่

4.1 ลักษณะรูปแบบตัวอาคารเดิมได้แบ่งองค์ประกอบของตัวอาคารดังต่อไปนี้

1. การจัดผังพื้นของตัวอาคารผู้ป่วยและรูปแบบภายนอก ผังพื้นเดิมเปิดโล่งภายในและให้ผู้ป่วยนอนรวมกันเฉลี่ย 8 – 10 คน/หลัง ภายในห้องน้ำกั้นผนังทึบเกินไป
2. การใช้วัสดุของอาคารเป็นอาคารไม้ทั้งหมด ใช้ไม้ฝาตีเกล็ดและโครงคานไม้ด้านใน ส่วนพื้น เป็นพื้นไม้กระดานขัดมันห้องน้ำผนังก่ออิฐบล็อกโปร่งสลับทึบทั้งหมดและปูกระเบื้องขนาด 8 x 8 นิ้วสีเข้ม
3. การใช้สีภายในอาคาร ลักษณะสีภายในอาคารเดิมเป็นสีของน้ำยารักษาเนื้อไม้คือสีดำไม้มะเกลือ สีแดง
4. การเจาะช่องแสงภายในอาคาร ลักษณะการเจาะช่องแสงเป็นการเจาะเพื่อต้องการแต่แสงให้เข้ามาในส่วนโถงกลางซึ่งใช้เป็นส่วนนอน.

4.2 พฤติกรรมของผู้ป่วยภายในอาคารเดิม

ลักษณะการเคลื่อนที่ของผู้ป่วยนั้นเป็นการเคลื่อนที่ที่ต่างกัน ตามช่วงเวลาและสถานที่ เช่น ในเวลาเช้า จะเคลื่อนที่ไปอยู่ในที่ที่ตนเองต้องการในบริเวณลาน ได้ต้นไม้หลังจากเสร็จธุระส่วนตัวแล้ว ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ที่ที่หนึ่งเป็นเวลาเกิน 1 ชั่วโมงขึ้นไปโดยเฉลี่ย (ดูตารางประกอบ)

จากการวิเคราะห์ข้างต้นสามารถสรุปได้ดังนี้

INTERIOR : พื้นที่ภายในเปิดโล่งเกินไปขาดการแบ่งสัดส่วนพื้นที่ที่แน่นอนอาจทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทได้ง่ายระหว่างผู้ป่วยและไม่เป็นระเบียบ

ในส่วนของห้องน้ำมีการกั้นผนังที่มิดชิดเกินไป อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในเวลาที่เข้าไปใช้พื้นที่ภายในเพราะผู้ป่วยอาจทำร้ายตัวเองหรือทะเลาะวิวาทในที่ลับตาได้

EXTERIOR : ลักษณะการเปิดลานโล่งเพื่อก่อให้เกิดกิจกรรมของผู้ป่วย ระหว่างตัวอาคารและลานเปิดโล่งเป็น Center ของผู้ป่วยทั้งหมดแต่ไม่เพียงพอสำหรับความต้องการ (จากการสังเกตการณ์และวิเคราะห์พฤติกรรม) การเปิดช่องเปิดของตัวอาคารเดิมมิได้คำนึงการเชื่อมตอมุมมองระหว่างภายในภายนอก (ดูภาพประกอบ)

| บ้าน | การเคลื่อนที่ | | | สถานที่ | | | |
|------|---------------|-----|------|---------|--------|---------|-----|
| | เวลา | JAM | LOST | ในบ้าน | เจดีย์ | น้ำ-ส้ม | ลาน |
| 1 | เช้า | 849 | 1 | 13 | 23 | 469 | 644 |
| 10 | กลางวัน | 182 | 3 | 148 | 104 | 100 | 121 |
| | เย็น | 530 | 0 | 295 | 100 | 345 | 94 |
| 2 | เช้า | 287 | 1 | 20 | 14 | 414 | 148 |
| 10 | กลางวัน | 125 | 4 | 147 | 112 | 78 | 82 |
| | เย็น | 517 | 0 | 279 | 117 | 335 | 86 |
| 3 | เช้า | 110 | 22 | 61 | 82 | 219 | 37 |
| 11 | กลางวัน | 51 | 50 | 95 | 75 | 115 | 30 |
| | เย็น | 47 | 68 | 52 | 74 | 130 | 36 |
| 4 | เช้า | 97 | 32 | 65 | 58 | 232 | 31 |
| 10 | กลางวัน | 34 | 64 | 82 | 68 | 114 | 25 |
| | เย็น | 37 | 80 | 57 | 63 | 133 | 21 |
| 5 | เช้า | 424 | 0 | 0 | 132 | 457 | 125 |
| 10 | กลางวัน | 58 | 54 | 0 | 96 | 97 | 113 |
| | เย็น | 476 | 0 | 300 | 98 | 304 | 75 |
| 6 | เช้า | 423 | 0 | 0 | 127 | 479 | 99 |
| 10 | กลางวัน | 94 | 44 | 0 | 175 | 70 | 105 |
| | เย็น | 417 | 0 | 296 | 72 | 328 | 20 |
| 7 | เช้า | 112 | 0 | 65 | 70 | 236 | 53 |
| 10 | กลางวัน | 61 | 10 | 71 | 149 | 60 | 75 |
| | เย็น | 59 | 15 | 239 | 44 | 63 | 16 |
| 8 | เช้า | 85 | 1 | 56 | 80 | 204 | 69 |
| 10 | กลางวัน | 33 | 32 | 96 | 104 | 42 | 79 |
| | เย็น | 72 | 10 | 246 | 69 | 36 | 21 |
| 9 | เช้า | 0 | 4 | 54 | 0 | 230 | 64 |
| 10 | กลางวัน | 0 | 3 | 75 | 0 | 128 | 146 |
| | เย็น | 2 | 14 | 67 | 0 | 175 | 92 |
| 10 | เช้า | 1 | 0 | 54 | 0 | 217 | 50 |
| 10 | กลางวัน | 2 | 2 | 56 | 0 | 128 | 136 |
| | เย็น | 0 | 35 | 48 | 0 | 173 | 64 |
| 11 | เช้า | 947 | 0 | 98 | 77 | 421 | 649 |
| 10 | กลางวัน | 55 | 48 | 129 | 106 | 48 | 39 |
| | เย็น | 301 | 0 | 274 | 33 | 268 | 16 |

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับใช้ในงานเพื่อการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ทำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

| บ้าน | การเคลื่อนที่ | | | สถานที่ | | | |
|------|---------------|-----|-----------|---------|--------|---------|-----|
| | เวลา | JAM | LOST | ในบ้าน | เฉลี่ย | น้ำ-ส้ม | ลาน |
| No. | เช้า | 425 | 0 | 96 | 79 | 410 | 174 |
| 10 | กลางวัน | 49 | <u>86</u> | 139 | 100 | 33 | 35 |
| | เย็น | 256 | 1 | 280 | 34 | 271 | 12 |

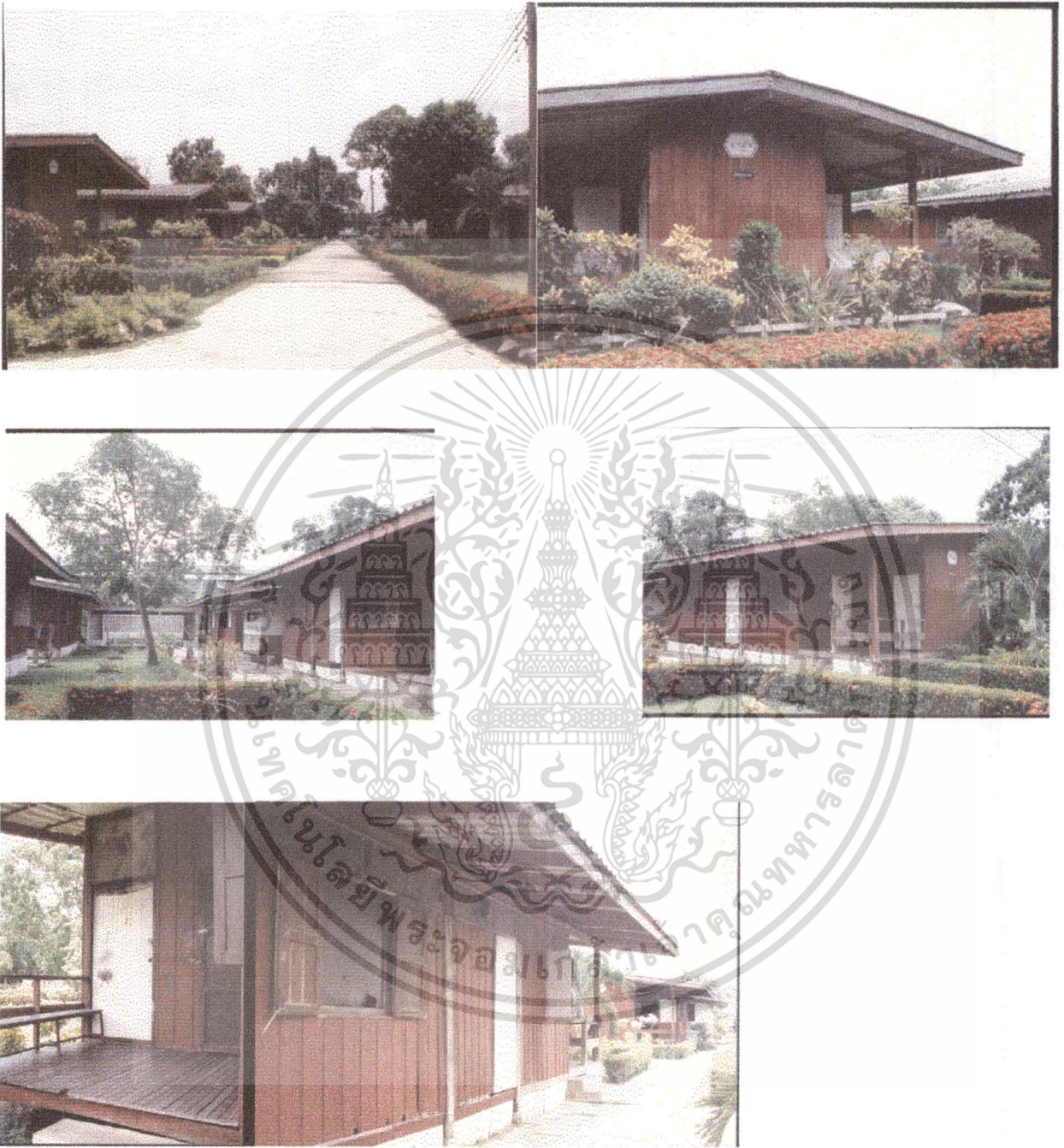
เช้า 6.00-10.00 น.

กลางวัน 11.00-14.00 น.

เย็น 15.00-18.00 น.



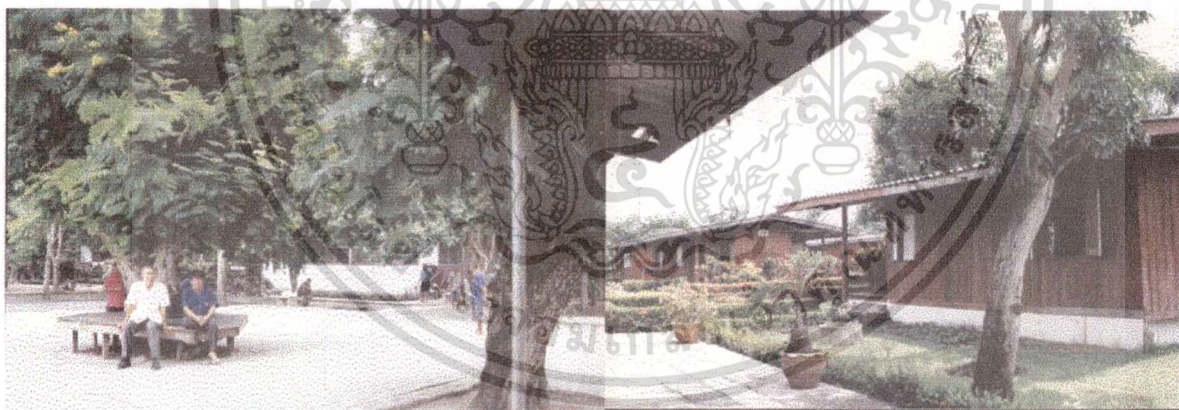
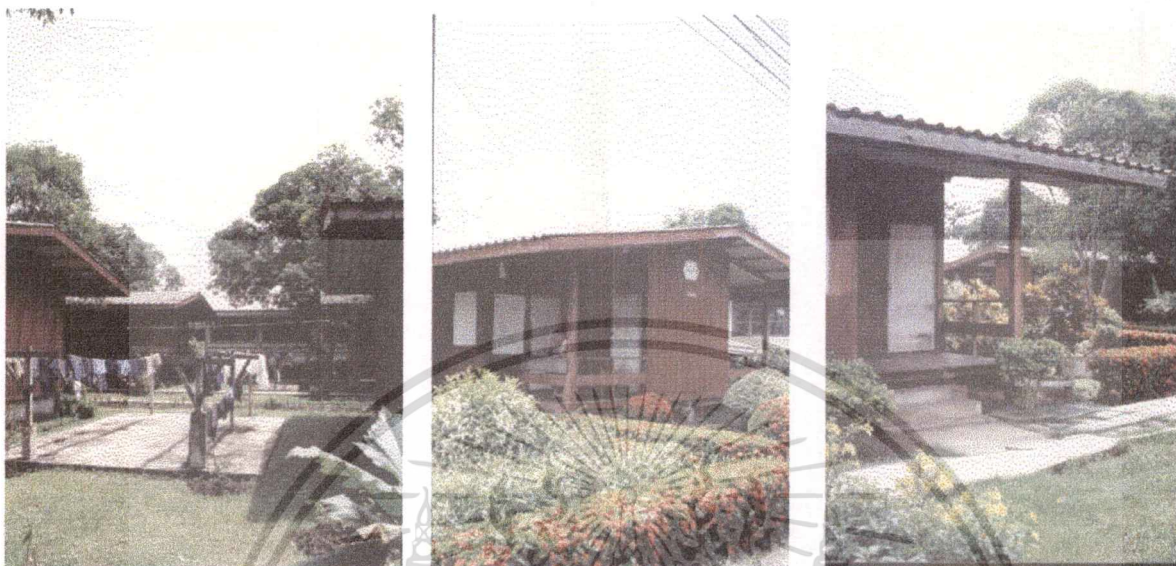
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



ภาพที่ 4.1 แสดงลักษณะอาคารเดิม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

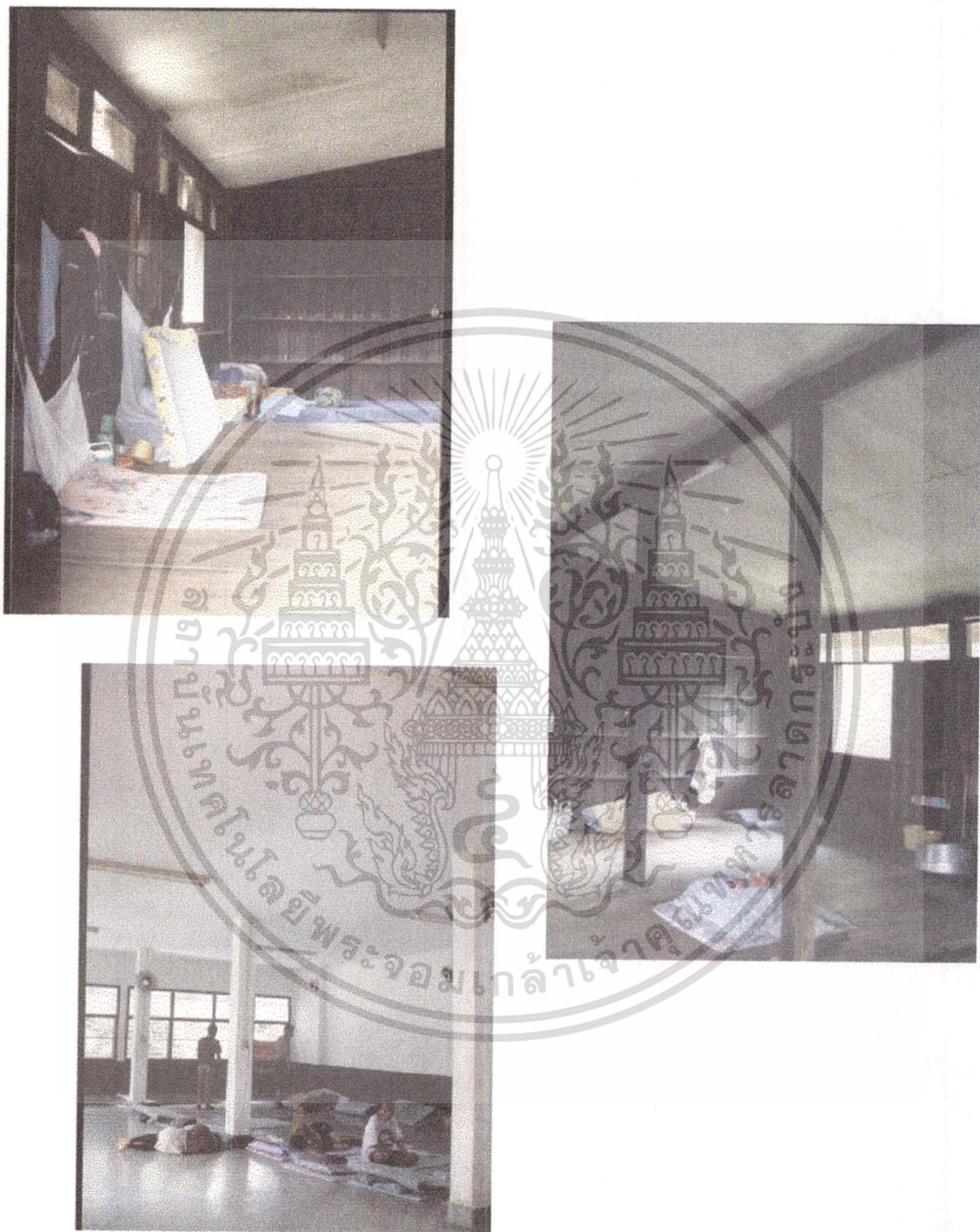
EXTERIOR



ภาพที่ 4.1 (ต่อ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

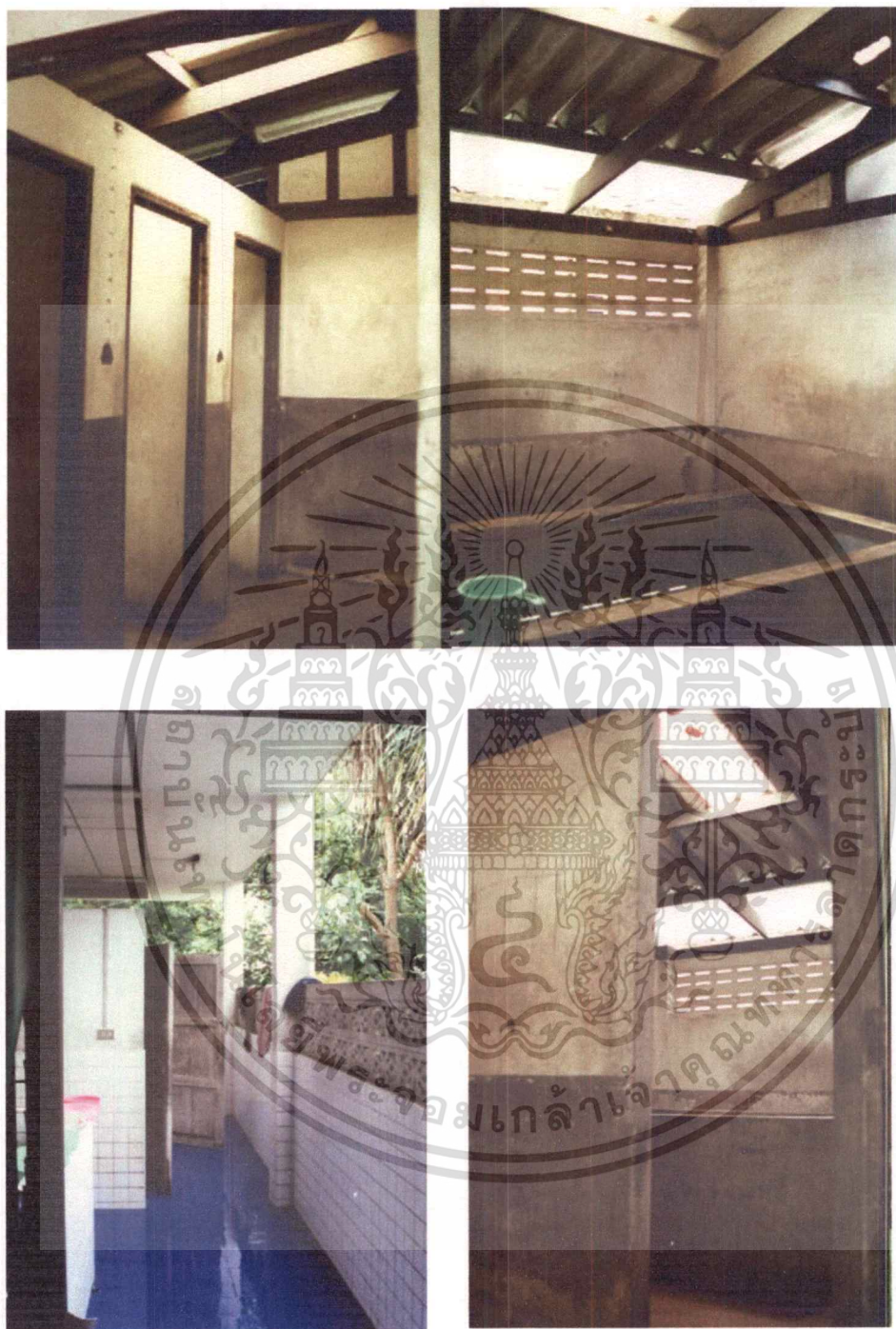
INTERIOR



ภาพที่ 4.1 (ต่อ)

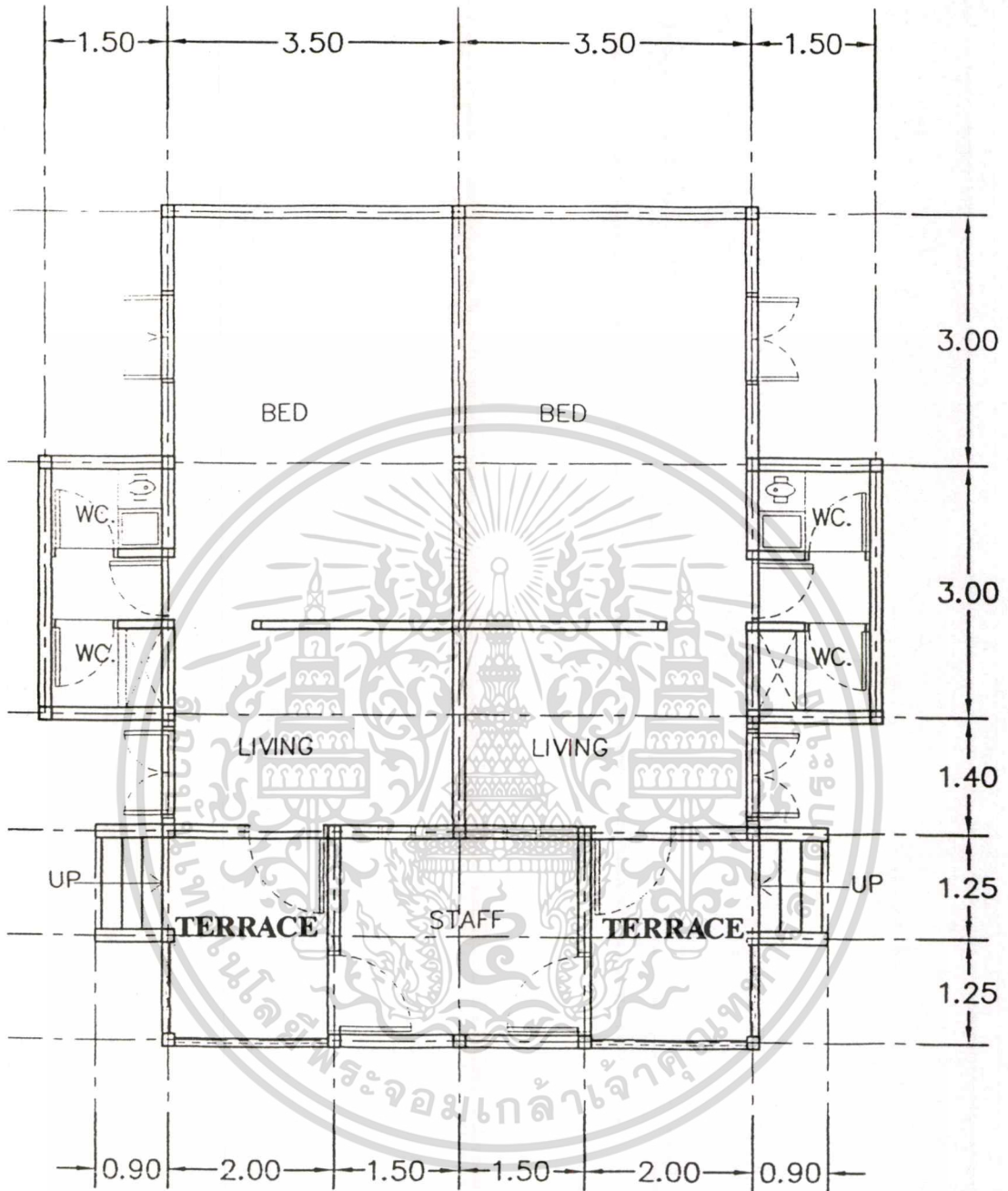
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

INTERIOR



ภาพที่ 4.1 (ต่อ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้



plan

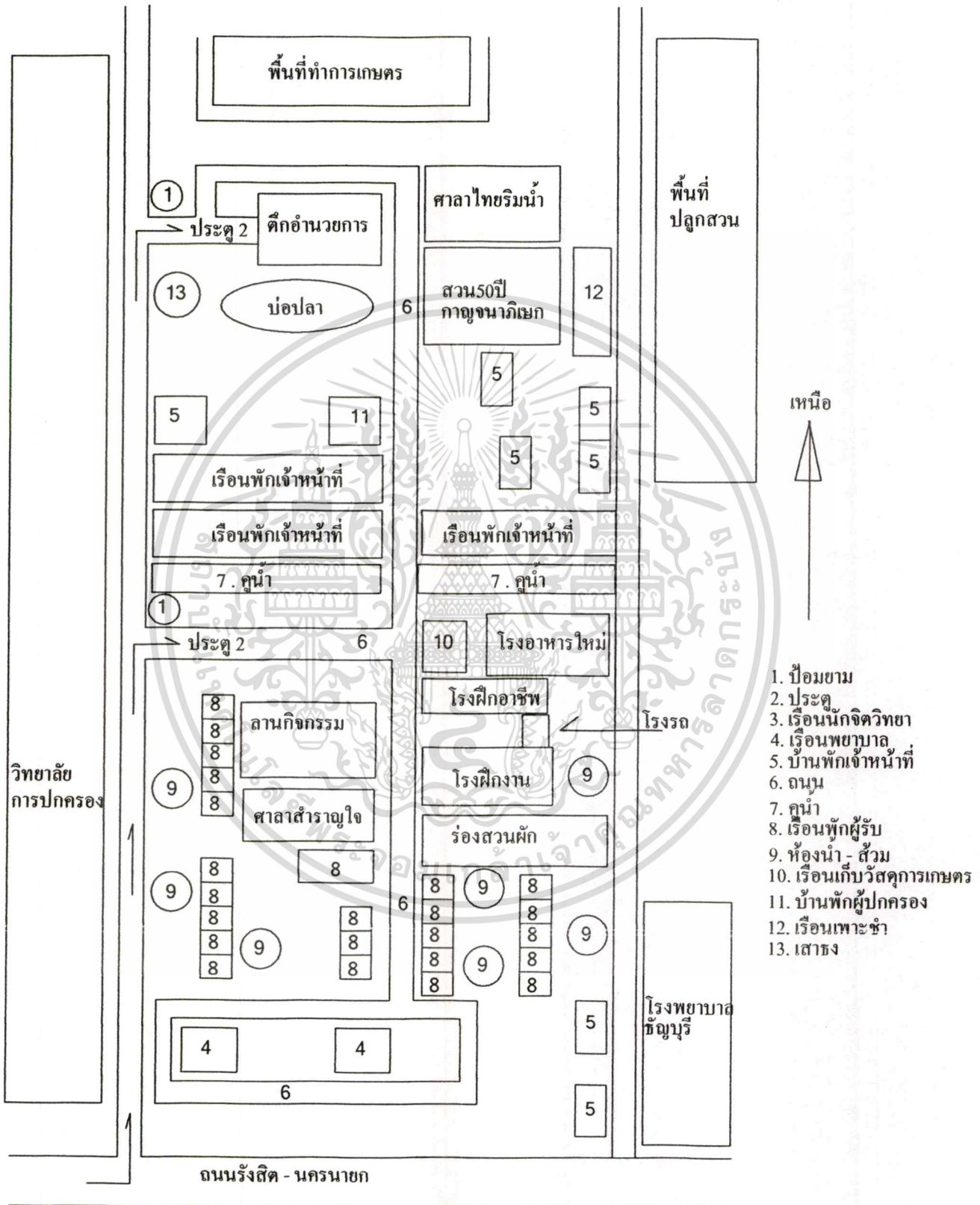
SCALE 1:100

EXISTING PLAN

ภาพที่ 4.2 แสดงผังพื้นอาคารเดิม

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

แผนที่สังเขป
สถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวีถี



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับ **ภาพที่ 4.3 แสดงผังรวมโครงการ** อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยในเบื้องต้นที่ผ่านมาได้ทำให้ทราบถึงข้อกำหนดมากมายในการหาข้อมูลด้วยความร่วมมือจากทางราชการ และบุคลากรภายในองค์กร ซึ่งข้อมูลบางอย่างทางราชการมิได้เคยมีการบันทึกมาก่อน และมีได้มีการรวบรวมไว้เท่าที่ควรจึงทำให้ข้อมูลในการสรุปผลเป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและ วิเคราะห์ สัมภาษณ์ บันทึก จากสถานที่และเหตุการณ์จริง ในระยะเวลา 1 ปี จึงได้นำมาสรุปผลดังต่อไปนี้

1. การสรุปผลจากตารางการบันทึกพฤติกรรม (Pilot Study) การสังเกตพฤติกรรมนั้นได้กำหนดจากจำนวนผู้ป่วยและที่พักของสถานที่เดิม คือ จำนวนผู้ป่วย 300 คน

จำนวนบ้านพักเรือนไม้เดี่ยว 12 หลัง

จำนวนอาคารพักคอนกรีตรวม 1 หลัง

ผลจากการสังเกตพฤติกรรม ได้ข้อมูลดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ป่วยทุกคนจะต้องการพื้นที่ส่วนตัวของตนเองในการแสดงออกถึงพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การยืน การพูดคนเดียว การใช้ร่างกายสัมผัสวัตถุอะไรบางอย่าง ทั่ว และการอยู่กับที่และมองดูรอบ ๆ ตัวเอง

1.2 ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่นอกบ้านพักในเวลากลางวันเนื่องจากต้องการสนทนากับคนรอบข้าง และใช้เวลาอยู่กับสภาพแวดล้อมที่มีความเป็นธรรมชาติแต่จะต้องมีสภาพอากาศที่มีร่มเงาและลมพัดผ่าน

1.3 ผู้ป่วยจะมีภาวะความเป็นส่วนตัวสูงแต่ต้องการรับรู้ถึงสิ่งรอบข้างในเวลาเดียวกัน แต่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งนั้นเป็นบางช่วงเวลา

1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วยจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของวัน และจะใช้พื้นที่แตกต่างกันไปในแต่ละส่วนดังนี้

เช้า 6:00 – 10:00 น.

ภายในบ้าน - หลังที่ 11 จะมีผู้ป่วยใช้พื้นที่อยู่ภายในมากที่สุดเนื่องจากอยู่ใกล้กับอาคารสำนักงานของเจ้าหน้าที่มีคนพลุกพล่านและพูดคุยได้

เฉลียง - ผู้ป่วยจะใช้พื้นที่เฉลียงของหลังที่ 5 มากที่สุด เนื่องจากใน zone ของอาคารหลังนี้ด้านหน้าอาคารหันทางทิศตะวันตกและอยู่บริเวณส่วนของทางเดินหลักของพื้นที่บ้านพักทั้งหมด จึงเกิดร่มเงาในเวลาเช้าและมองเห็นผู้คนรอบข้างได้ดี

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

น้ำ - ส้วม - ผู้ป่วยจะใช้พื้นที่ห้องน้ำบริเวณหลังที่ 6 มากที่สุด เนื่องจากด้วยสภาพที่ตั้งมีแดดส่องถึงในตอนเช้า เวลาอาบน้ำและใช้งานภายในมากที่สุด เพราะตำแหน่งของห้องน้ำหลังที่ 6 นั้นอยู่บริเวณส่วนกลางของ zone บ้านพักที่อยู่ฝั่งทิศตะวันออกจึงรับแสงแดดได้มากที่สุด

ลานโล่ง - ผู้ป่วยใช้พื้นที่บริเวณลานโล่งของหลังที่ 11 มากที่สุดเนื่องจากเป็นพื้นที่เชื่อมต่อกับทางเดินหลักของกลุ่มบ้านพักตรงส่วนกลางฝั่งตะวันออกของพื้นที่ทั้งหมด

กลางวัน 11:00 – 14:00 น.

ภายในบ้าน - ผู้ป่วยใช้พื้นที่ภายในบ้านพักหลังที่ 1 มากที่สุด เนื่องจากบริเวณดังกล่าวใกล้กับอาคารสำนักงานเจ้าหน้าที่และมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาล, นักจิตวิทยา ได้ง่ายและมากที่สุด

เฉลียง - ผู้ป่วยใช้พื้นที่บริเวณเฉลียงของหลังที่ 6 มากที่สุดเนื่องจากได้ร่มเงาและอยู่บริเวณส่วนกลางของพื้นที่รวมมีการปฏิสัมพันธ์ได้บ่อย

น้ำ - ส้วม - ผู้ป่วยใช้พื้นที่ดังกล่าวบริเวณบ้านหลังที่ 9, 10 มากที่สุด เนื่องจากในตอนกลางวันผู้ป่วยไม่ต้องการแสงแดดมากนักแต่ต้องการภาวะความเป็นส่วนตัวมากกว่าในการทำภารกิจ

ลานโล่ง - ผู้ป่วยใช้พื้นที่ดังกล่าวในบริเวณของบ้านพักหลังที่ 9 มากที่สุด เนื่องจากลานโล่ง บริเวณนี้จะมีความเป็นส่วนตัว (Privacy) เพราะห่างจากอาคารสำนักงานและกลุ่มบ้านพักด้านหน้ามากที่สุด

เย็น 15:00 – 18:00 น.

ภายในบ้าน - ผู้ป่วยใช้พื้นที่ตอนเย็นในบ้านพักหลังที่ 5 มากที่สุด เนื่องจากอยู่บริเวณส่วนกลางของทางเดินมีผู้คนผ่านไปมาส่งผลต่อการปฏิสัมพันธ์ทางกายและทางสายตาได้ง่าย

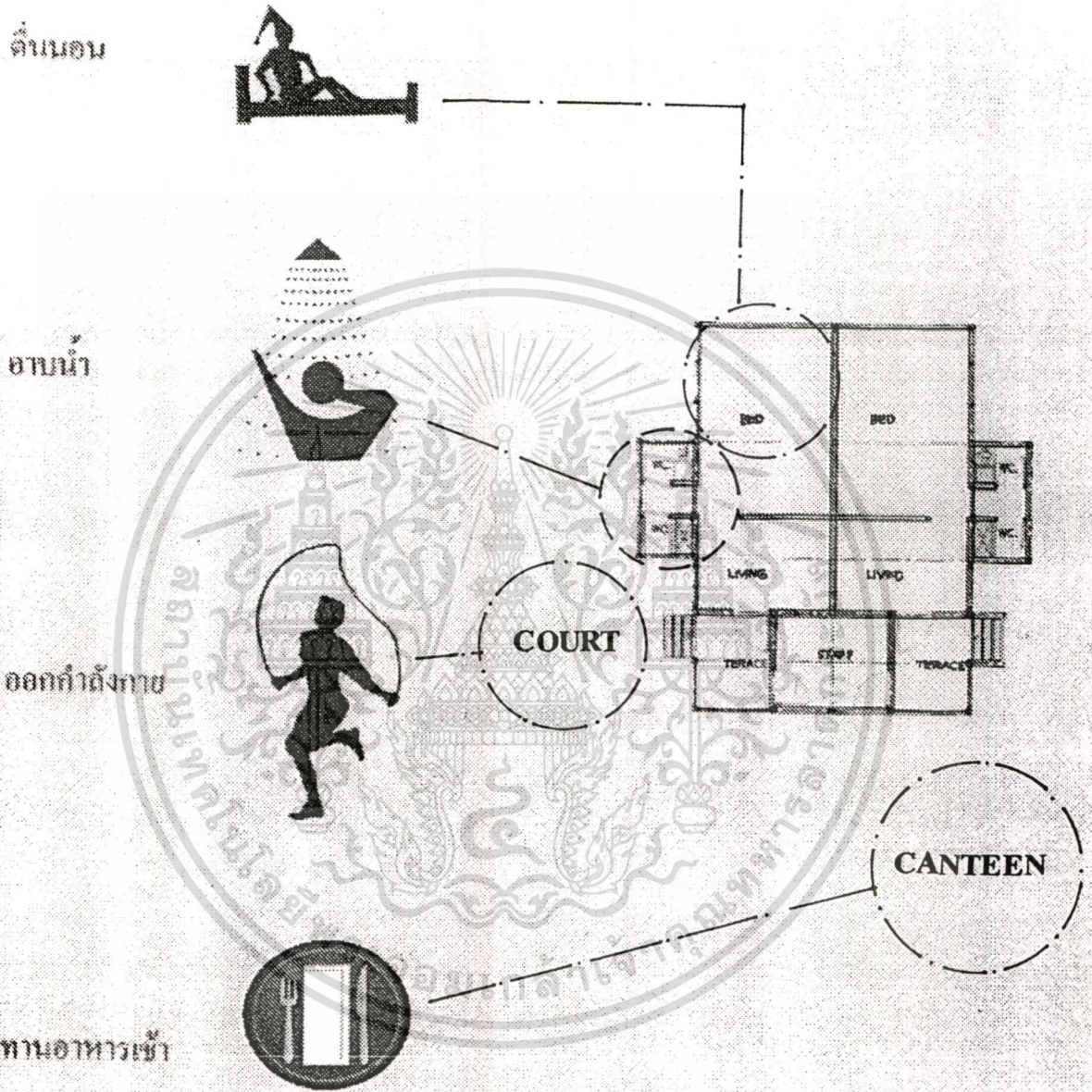
เฉลียง - ผู้ป่วยใช้พื้นที่เฉลียงในบริเวณบ้านพักหลังที่ 2 มากที่สุด เนื่องจากมีสภาพอากาศที่ร่มเงามากที่สุดและใกล้กับอาคารสำนักงานซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่พร้อมทั้ง, นักจิตวิทยา ออกมาปฏิสัมพันธ์ด้วยง่ายที่สุด เพราะเป็นเวลาเลิกงานของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่

ลานโล่ง - ผู้ป่วยใช้พื้นที่ลานโล่งตอนเย็นบริเวณบ้านพักหลังที่ 1 มากที่สุด เนื่องจากมีสภาพพื้นที่ใกล้กับอาคารสำนักงานผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ที่มีการปฏิสัมพันธ์ได้ง่ายกับผู้ป่วยกันเองและผู้ดูแล

น้ำ - ส้วม - ผู้ป่วยใช้พื้นที่บริเวณบ้านพักหลังที่ 1 มากที่สุดเนื่องจากบริเวณที่มีห้องน้ำรวมขนาดใหญ่และทุกคนได้มาเจอกันซึ่งบางคนใช้เวลาในการปฏิสัมพันธ์มากกว่าเวลาอาบน้ำและทำภารกิจ

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

เช้า : 6.00-10.00

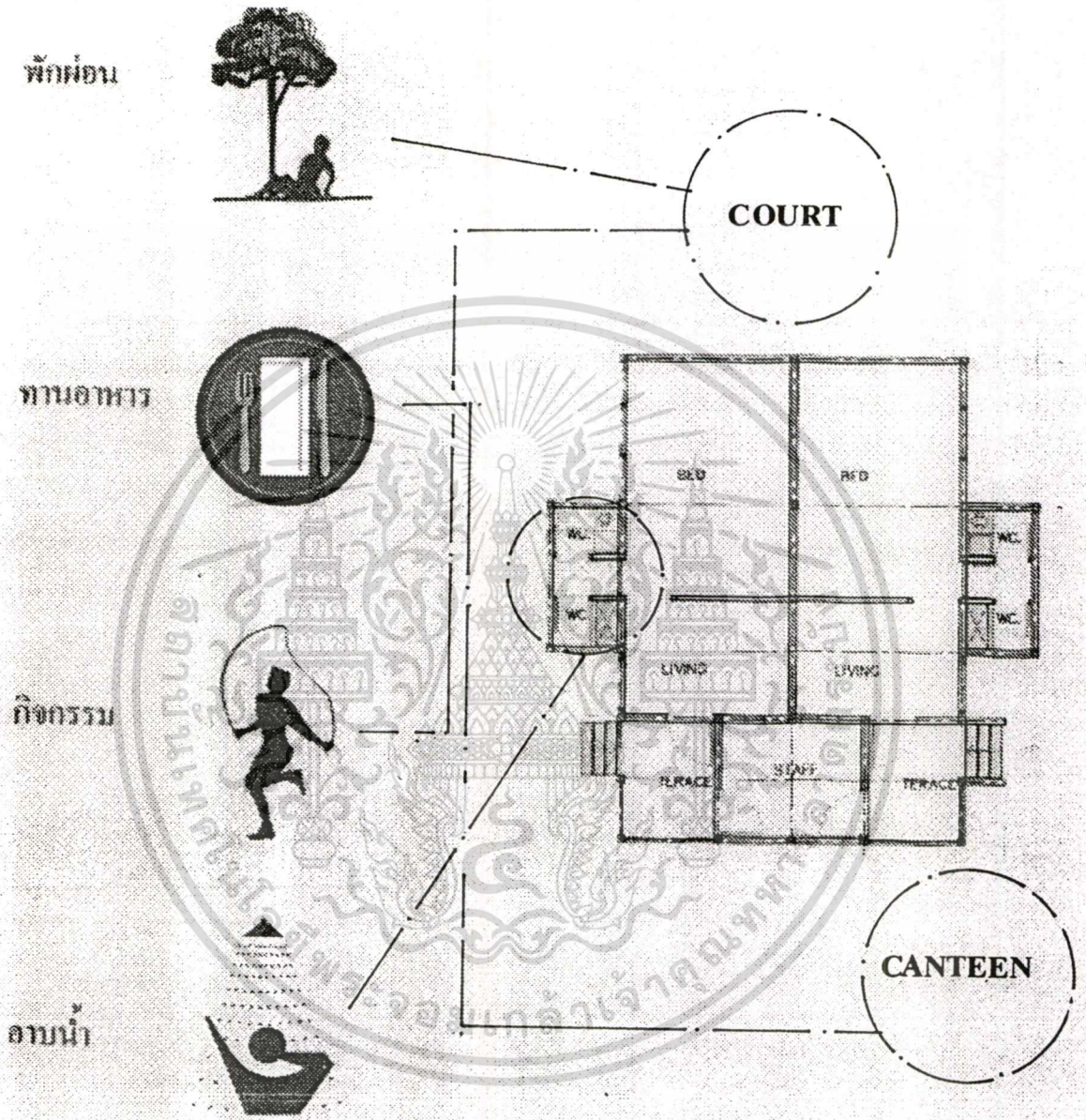


PATIENT BEHAVIOR

ภาพที่ 5.1 แสดงพฤติกรรมผู้ป่วย

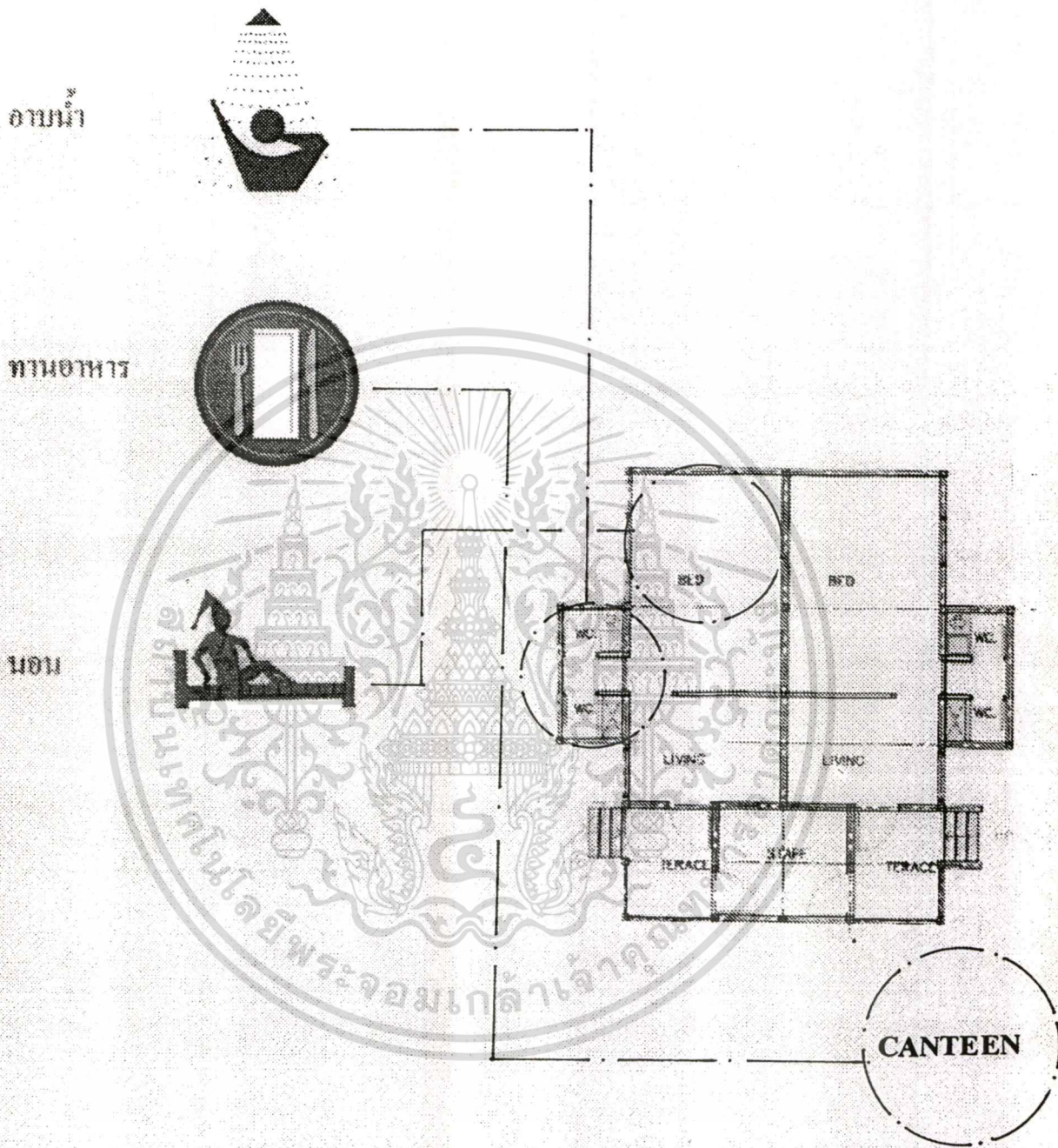
เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนลิขสิทธิ์การใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปพิมพ์หรือเผยแพร่โดยไม่
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งหากนำไปใช้

กลางวัน : 11.00 – 15.00



ภาพที่ 5.1 (ต่อ)

เย็น : 16.00 – 19.00



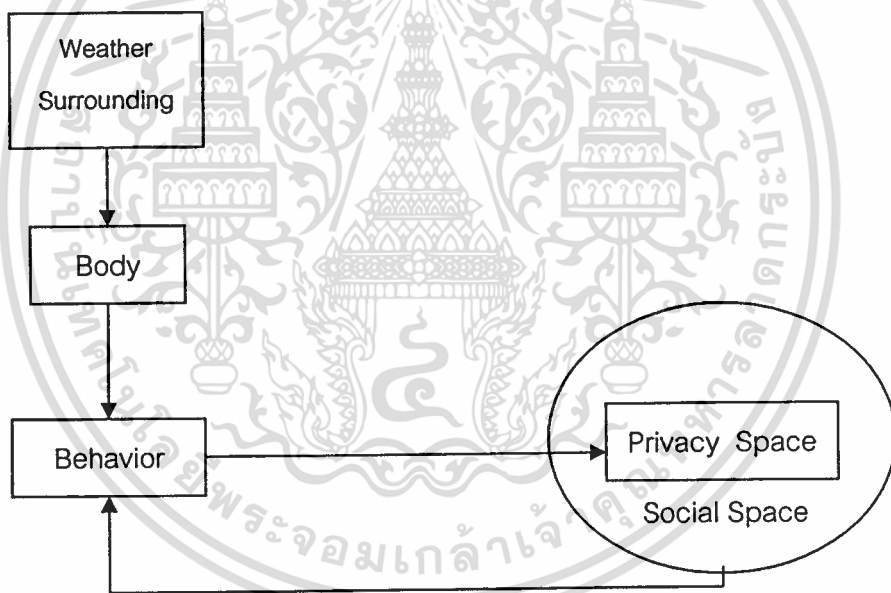
ภาพที่ 5.1 (ต่อ)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้คัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

จากผลสังเกตพฤติกรรมในการใช้พื้นที่ของผู้ป่วยทั้งภายในบ้านและการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยสามารถรับรู้สภาพอากาศของสภาพแวดล้อม และส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมาโดยไม่มีอาการต่อต้านต่อผลกระทบนั้น ๆ
2. ผู้ป่วยต้องการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และต้องการมีโลกส่วนตัวในเวลาเดียวกัน แต่การปฏิสัมพันธ์นั้นอาจแบ่งได้ หลายรูปแบบเช่น การปฏิสัมพันธ์ทางสายตา เสียง สัมผัส และการสนทนา
3. ผู้ป่วยสามารถรับรู้และต้องการสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับบุคคลที่แสดงตัวว่าเป็นผู้ดูแลตนไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลในสวนใดก็ตาม

● DIAGRAM แสดงความสัมพันธ์ทางพฤติกรรมของผู้ป่วยกับพื้นที่และสภาพแวดล้อม โดยรอบที่ส่งผลชัดเจนต่อผู้ป่วย



2. บทสรุปตามแนวทฤษฎี Milieu Therapy

จากการศึกษาตามแนวทฤษฎี สภาพแวดล้อมบำบัด (Milieu Therapy) ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

- 2.1 สถานที่ (Physical and environmental climate)
- 2.2 กิจกรรม (Programs of activities)
- 2.3 บุคลากรผู้ให้การรักษา (Staff)
- 2.4 คนไข้ (Patients)

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

2.1 สถานที่ คือ การจัดสถานที่ให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาไม่ใช่เป็นเพียงที่ที่มีการรักษาเกิดขึ้นและเป็น Therapeutic แก่คนไข้

2.2 กิจกรรม คือ การใช้กิจกรรมเป็น Media ให้มีกลุ่มเกิดขึ้นเป็นเหมือนเครื่องมือส่งแรงผลักดันให้เกิดสังคมระหว่างคนไข้ กับคนไข้ คนไข้และ Staff หรือ ระหว่าง Staff ด้วยกันเอง

2.3 บุคลากรผู้ให้การรักษา คือ บุคลากรควรจะมีความเป็นผู้นำแบบประชาธิปไตย และเป็นผู้รับฟังที่ดีคอยกระตุ้นให้ทุกคนมีโอกาสมีอิสระได้ แสดงความคิดเห็นตนเองออกมา

2.4 คนไข้ คือ ต้องให้คนไข้มีภาระกิจที่จะต้องพบกัน กระทำร่วมกันระหว่างอยู่ในสถานที่บำบัด ให้เหมือนกับสภาพที่แท้จริงในสังคมที่ต้องพบปะผู้คน มีงานต้องทำไม่อยู่เฉย และต้องทำประจำติดต่อกัน (Continuous group activity)

3. องค์ประกอบของสถานที่ตามแนวทางทฤษฎี Milieu Therapy

3.1 ลักษณะการตั้งตัวอาคารพักผู้ป่วยควรเป็นอาคารชั้นเดียวยกพื้น

3.2 ลักษณะห้องและการจัดสรรพื้นที่ภายในไม่ควรอยู่เกิน 4 คน/ หลัง ควรเป็นห้องรวมกันกันเป็นสัดส่วนแต่ละคน พร้อมอุปกรณ์ภายในที่เหมือนบ้าน

3.3 ต้องมีปฏิทินบอกวัน เดือน ปี นาฬิกาบอกเวลา มีชื่อบอกสถานที่หรือห้องต่าง ๆ เพื่อไม่ให้คนไข้เกิด Disorientation หรือ Disorganization

3.4 ห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยไม่ควรปิดทึบทั้งหมด ควรมีลักษณะเปิดช่องโล่งด้านบนและด้านล่าง เพื่อมองเห็นผู้ป่วยที่เข้าไปใช้ด้านในได้

3.5 ลักษณะของบรรยากาศ เมื่อมองแล้วรู้สึกสบายตาไม่ทึบจนเกินไปและต้องมีสิ่งกระตุ้นทางกายภาพ หรือเสียงต่าง ๆ

3.6 การใช้สีภายในควรใช้สีให้สดใสในโทนเย็น และไม่ควรรใช้สีแบบ Monotone

แนวทางการแก้ปัญหา

1. การที่ผู้ป่วยต้องการพื้นที่ส่วนตัวของตนเองในการแสดงออกถึงพฤติกรรมส่วนบุคคล เพราะฉะนั้นจึงต้องจัดสรรพื้นที่ที่เหมาะสมในการมองเห็นของเจ้าหน้าที่และมี Privacy ที่สามารถ Connection กับ Social Space ได้

2. ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่นอกบ้านพักในเวลากลางวันเนื่องจากต้องการสนทนากับคนรอบข้างและใช้เวลาอยู่กับสภาพแวดล้อมที่มีความเป็นธรรมชาติและมีภาวะน่าสบาย ดังนั้นการสร้าง Landscape เพื่อตอบสนองพฤติกรรมที่ดีควรมี Center ที่เกิดภาวะน่าสบายเป็นแบบ Cluster และแวดล้อมด้วยกลุ่มของผู้ดูแลเพื่อความสะดวกแก่การควบคุม

3. ผู้ป่วยจะมีภาวะความเป็นส่วนตัวสูงแต่ต้องการรับรู้ถึงสิ่งรอบข้างในเวลาเดียวกันแต่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งนั้นเป็นบางช่วงเวลา ดังนั้นการ Define Space ที่เหมาะสมที่สุดคือ การสร้าง

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

Privacy Space ที่อยู่ใน Social Space ให้ชัดเจนเช่นการสร้าง Social Space เป็น Center ใหญ่ และแบ่ง Privacy Space เป็น Cluster อยู่ภายในให้ชัดเจนแก่ผู้ป่วย

4. พฤติกรรมของผู้ป่วยจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของวันและจะใช้พื้นที่แตกต่างกันไปในแต่ละส่วน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยรับรู้สภาพแวดล้อมได้อย่างตรงไปตรงมาและรวดเร็ว นั้น การจัดลำดับของพื้นที่จึงจำเป็นต้องจัดลำดับให้ชัดเจนและแบ่งพื้นที่ที่ต้องการใช้งานกับการพักผ่อนให้แตกต่างกันรวมถึงการสร้างภาวะน่าสบายได้ชัดเจนด้วยจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงและสามารถคาดเดาถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

บทที่ 6

การนำเสนอแนวทางการออกแบบตามแนวทางทฤษฎี Milieu Therapy

แนวทางการออกแบบจะแสดงให้เห็นถึงแนวทางการกำหนดความสัมพันธ์ของพื้นที่ที่มีผลมาจากพฤติกรรมที่ได้วิเคราะห์มาแล้วในบทข้างต้นและส่งผลให้เกิด Diagram เชิงความสัมพันธ์ และ Criteria ในการออกแบบบ้านพักผู้ป่วย

Bubble Diagramme For House

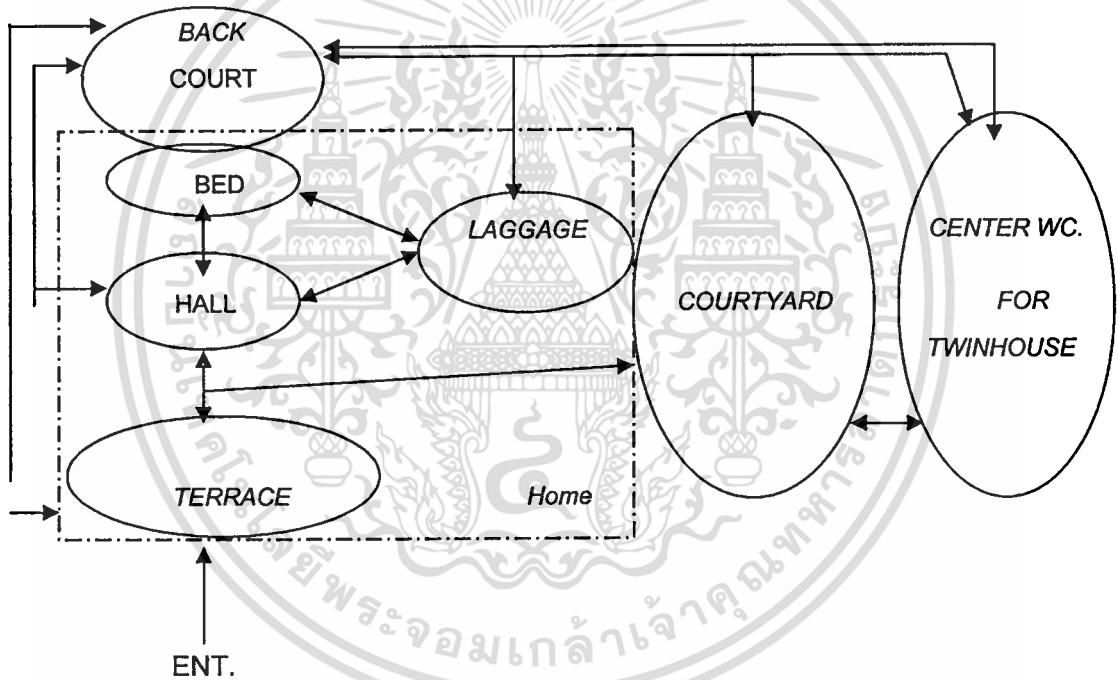
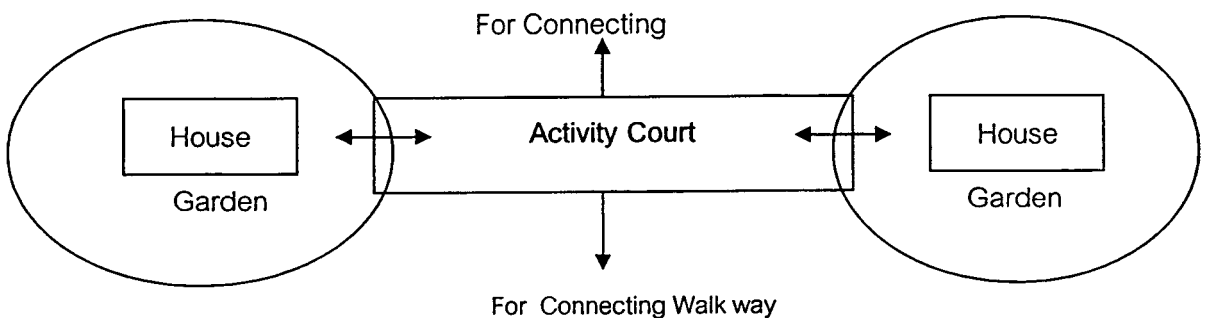


Diagram For Existing



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ตัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

จากการรวบรวมข้อมูลทางทฤษฎีและการประมวลผลจากแบบสังเกตการณ์ทั้งหมด สามารถสร้างข้อสรุปและกำหนดแนวทางในการออกแบบดังนี้

Criteria

1. การวางตัวอาคาร

- 1.1 ควรให้ตัวอาคารหลีกเลี่ยงการรับอุณหภูมิความร้อน ความเย็นให้ได้มากที่สุด
- 1.2 ควรใช้พื้นที่เปิดโล่งเชื่อมระหว่างตัวอาคาร
- 1.3 ควรให้ตำแหน่งของห้องน้ำรวมสำหรับ 2 หลังอยู่ในมุมที่ไม่ลับตาแต่สามารถป้องกันอุณหภูมิตามฤดูกาลได้

1.4 ควรวางตัวอาคารให้อยู่ในระยะการมองเห็นของผู้ดูแลหรือแยกผู้ดูแลเป็น 2 หลัง / 1 คน

2. การแบ่งพื้นที่

- 2.1 ควรมีพื้นที่เฉลียงด้านหน้าเพื่อเชื่อมต่อพื้นที่เปิดโล่งด้านนอก
- 2.2 ควรมีพื้นที่โถงเชื่อมกับ ห้องนอนภายใน
- 2.3 ไม่ควรวางตำแหน่งห้องน้ำไว้ในที่ลับตาและต้องเปิดช่องโถงด้านบนและด้านล่างอย่างต่ำ 0.50 ม.
- 2.4 ควรมีพื้นที่เก็บสัมภาระในการนอนเชื่อมต่อกับห้องน้ำรวม
- 2.5 พื้นที่ห้องนอนควรให้นอนรวมกันเพียง 4 คน และกันสัดส่วนส่วนตัวแต่ละคน
- 2.6 ควรมีทางออกสู่ลานเชื่อมต่อกับโถงและลานของตัวบ้าน

3. การปิดล้อมพื้นที่ภายใน

3.1 ควรเปิดพื้นที่สำหรับเชื่อมต่อทางสายตาหรือสามารถรับรู้สภาพของแสงในแต่ละช่องของวันได้ดีในทุกห้อง

3.2 ควรมีช่องให้รู้สึกถึงความโปร่งและเห็นธรรมชาติภายนอกได้จากพื้นที่โถงภายในบ้าน

4. การใช้สีภายใน

- 4.1 ควรใช้สีในโทนเย็น และสีคู่ตรงข้าม
- 4.2 ไม่ควรใช้สีแบบ Monotone หรือ ขาว เทา ดำ

5. การใช้ป้ายและสิ่งกระตุ้นการรับรู้

- 5.1 การบอกชื่อห้องแต่ละห้อง
- 5.2 ให้นำพิก้า ปฏิทิน บอกวัน เดือน ปี อย่างชัดเจน

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

จากแนวทางการออกแบบที่ได้จากงานวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยมิได้กำหนดรูปแบบของตัวอาคาร อย่างเป็นรูปร่างชัดเจน เนื่องจากต้องการให้ข้อสรุปนี้สามารถนำไปใช้ และพัฒนาต่อได้ตาม สภาพแวดล้อมและเงื่อนไขต่าง ๆ ในการวางหรือกำหนดตัวอาคารในแต่ละที่

งานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการออกแบบหรือบทสรุปทางการวิจัยนี้ จะสามารถเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้สนใจในเรื่องเกี่ยวกับอาคารพักผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจาก ปัจจุบันนี้ทางราชการมิได้มีข้อมูลที่ชัดเจนพอจะนำมาออกแบบได้ และงานวิจัยชิ้นนี้อาจจะมี ประโยชน์ไม่มากนักน้อยแก่ผู้ที่สนใจ

หากงานวิจัยชิ้นนี้มีข้อผิดพลาดประการใด ทางผู้วิจัยต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย เนื่องจาก ข้อจำกัดที่เกิดระหว่างการทำวิจัย เช่น ข้อจำกัดของทางราชการ ข้อจำกัดทางเจ้าหน้าที่ และความร่วมมือ จึงทำให้อาจจะเกิดข้อบกพร่องขึ้นแต่ผู้วิจัยก็ได้พยายามเก็บข้อมูลให้สมบูรณ์ ที่สุดเท่าที่เวลาและโอกาสจะอำนวยให้



บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต (กระทรวงสาธารณสุข, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8
(พ.ศ.2540-2544)

ชูทิพย์ ปานปรีชา. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ธันวาคม 2520
"อักษรไทย"

นันทิกา ทิวชาชาติ. (fmednta@nd.2 nd.chula.ac.th) 14 ตุลาคม 2543

นิพนธ์ กิณางค์. คู่มือทบทวนจิตวิทยาการศึกษา พิมพ์ครั้งที่ 2 (พิษณุโลก) "ตระกูลไทย" 2521,
หน้า 30.

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 เชียงใหม่ โครงการตำรา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

รศ.รัชนี นพเกตุ. จิตวิทยาทั่วไป เรื่องการรับรู้. พิมพ์ครั้งที่ 2 มกราคม 2539. "ประกายพริก"

พญ.ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ "medical multimedia" (Webmaster@thaimental.com) 5 ตุลาคม 2543.

สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน
และสวัสดิการสังคม ผลการดำเนินงาน (พ.ศ.2542)

สมภพ เรืองตระกูล, รศ.นพ. โรคนจิตเภท. คู่มือจิตเวชศาสตร์, กรุงเทพฯ : "อักษรสัมพันธ์"
พ.ศ.2523, หน้า 66, หน้า 68.

ARNUELM RUDOLF. ART AND VISUAL PERCEPTIION a psychology of the Creative
eye., Copyright 1954 University of California Reprint 1969.

Frank H. Mahuke. Color, Environment, and Human Responce Van Nostrand Reinhold
Copyright 1996. USA.

Dr. Walker Morton. The Power of Color, translated by. เกียรติศักดิ์ กำลังสินเสริม
"เอช เอ็น กรุป" พ.ศ.2538.



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า
ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่นอน แต่สันนิษฐานว่า เกิดจากสาเหตุหลาย ๆ อย่างร่วมกัน ซึ่งสามเหตุใหญ่ ๆ มี 3 ประการ คือ¹

³สมภาพ เรื่องตระกูล, รศ.นพ.โรคจิตเภท คู่มือจิตเวชศาสตร์, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ อักษรสัมพันธ์ พ.ศ.2523, หน้า 66.

⁴เพ็งอ่าง หน้า 45-49.

1. สาเหตุทางร่างกาย

1.1 กรรมพันธุ์

กรรมพันธุ์เป็นสาเหตุของโรคจิตเภทหรือไม่ สมัยก่อนมีความเชื่อรวมทั้งมีผลการวิจัยที่ออกมาว่า กรรมพันธุ์เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ทำให้คนไม่กล้าแต่งงานกับคนที่เคยป่วยเป็นโรคนี้หรือแม้แต่ตัวจะไม่เคยเป็น แต่มีบิดามารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นก็ไม่ค่อยจะมีใครแต่งงานด้วย ปัจจุบันนี้จากการวิจัยในระยะหลัง ๆ ของหลายประเทศได้ผลออกมาใกล้เคียงกันว่า กรรมพันธุ์มีบทบาทในการเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทน้อยมาก และพบเห็นบางครอบครัวเท่านั้นที่เป็นสาเหตุขวนหรือสาเหตุเริ่มแรกมากกว่าจะเป็นสาเหตุจริงหรือสาเหตุในตอนหลัง กรรมพันธุ์ของโรคนี้มีผลทำให้เกิดสุขภาพจิตเสียโดยทั่วไป หรือมีจิตใจอ่อนแอในตอนแรกของชีวิต ถ้าได้รับการเลี้ยงดูดี มีประสบการณ์ของชีวิตดีใช้กลไกของจิตใจในการแก้ไขปัญหาชีวิตอย่างถูกต้อง จะทำให้อิทธิพลของกรรมพันธุ์หมดความสำคัญไป และไม่มีผลไปถึงผู้สืบสกุลในชั้นหลาน ตามทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ของเมนเดล (Mendel Theory) ที่กล่าวไว้เลย

1.2 สาเหตุทางสมอง

สมองมีสารโมโนประสาท (Neurotranslater) ชนิดหนึ่งเรียกว่า Dopamine หลังออกมาอยู่ในช่องว่างตรงรอยต่อของใยประสาท ถ้าผู้ใดมีอยู่มากกว่าปกติก็อาจทำให้ผู้นั้นมีความคิดแปรปรวนไปได้ นอกจากนี้ยังพบว่าเนื้องอกในสมองตรงบริเวณที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับจิตใจซึ่งเรียกว่า Limbic system ก็สามารถทำให้เกิดอาการแบบที่พบในโรคจิตเภทได้

2. สาเหตุทางจิตใจ

2.1 โรคจิตเภทมักเกิดกับบุคคลที่มีจิตใจอ่อนแอ อ่อนไหวต่อสิ่งยั่วเย้าต่าง ๆ ของสังคมได้ง่ายเข้ากับใครไม่ได้ หันมาสนใจตนเอง สร้างโลกของตนเองขึ้นใหม่

2.2 เนื่องจากชอบอยู่ตัวคนเดียว แก้ปัญหาโดยไม่ปรึกษาใคร ถามเองตอบเอง เมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้ก็จะใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยการจินตนาการ วิธีแก้และผลที่เกิดขึ้น จึงปรากฏการณ์ที่ไม่เป็นจริงขึ้นมา สร้างเรื่องไม่จริงขึ้นมาแทนมาชดเชยสิ่งที่ขาด หรือให้เป็นไปตามความต้องการของตนเอง

2.3 ขอบแก้ปัญหาด้วยการถอยหนี และหันมาใช้วิธีการแบบเด็ก

2.4 ขอบปฏิเสธว่าไม่มีปัญหา ไม่คิดว่าตนเองเป็นต้นเหตุของปัญหาคนอื่นต่างหากเป็นต้นเหตุหรือขอบโทษผู้อื่นนั่นเอง

3. สาเหตุจากสภาพแวดล้อม

3.1 สัมพันธภาพในครอบครัวที่ผิดปกติ

ก. เกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีการพูดจาทักทายปราศรัยกัน ไม่มีสัมพันธภาพใกล้ชิดติดต่อกัน

ข. เกิดจากบิดามารดามีสถานภาพกลับกัน มารดาเป็นใหญ่ในครอบครัวเข้มแข็ง อารมณ์รุนแรง ไม่แสดงความรักให้เห็นหรืออยู่ใกล้ชิดกับบุตร ไม่เปิดโอกาสให้บุตรแสดงความคิดเห็น ส่วนบิดาเป็นคนอ่อนแอ ใจขี้ขลาด เก็บความรู้สึก ไม่เป็นตัวของตัวเอง เกรงใจและยอมตามมารดา ไม่สามารถจะช่วยบุตรได้เมื่อบุตรมีปัญหาเกี่ยวกับมารดา ทำให้บุตรมองสถานภาพของบิดามารดาผิดกับของคนอื่นเป็นเหตุให้บุตรเมื่อโตขึ้นเกิดความคิดแปรปรวนมองอะไรกลับกันได้

ค. เกิดจากบิดามารดามีความขัดแย้งกัน ได้แย่ง ทะเลาะกันให้บุตรเห็นเสมอๆ ต่างฝ่ายก็จะดึงเอาบุตรมาเข้าข้างตน มาเป็นกันชนหรือเป็นที่ระบายอารมณ์ บุตรจึงต้องทำตัวเป็นนกสองหัว อยู่กับบิดาก็เข้าข้างบิดา ทำตัวแบบบิดา แต่เมื่อมาอยู่กับมารดาก็เปลี่ยนมาเข้าข้างมารดา ทำตัวเหมือนมารดา เมื่อบุตรโตขึ้นจะมีความขัดแย้ง ลังเลใจอยู่เสมอ ไม่มีจุดยืนที่แน่นอน ไม่เป็นตัวของตัวเอง

3.2 การเลี้ยงดูของบิดามารดาไม่ถูกต้อง

ก. มารดาเลี้ยงบุตรแบบให้บุตรเป็นส่วนหนึ่งของตน ทำให้บุตรแยกตัวเองออกจากมารดาไม่ได้ หรือเลี้ยงบุตร แบบเล่นตีกตาไม่ยอมให้บุตรโต เมื่อโตขึ้นยอมแยกตนเองออกจากผู้อื่นไม่ออก หรือมีสภาพเหมือนเด็กอยู่ตลอดเวลา เกิดความผิดปกติของจิตใจในด้านความนึกคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม

ข. มารดาที่เลี้ยงบุตรแบบทำให้บุตรเกิดความงุนงง สงสัยในความหมายของภาษา ทำที่ความต้องการของมารดา เนื่องจากมารดาพูดอย่างหนึ่งแต่เวลาทำอีกอย่างหนึ่ง เช่น มารดาเรียกบุตรมาให้มารดาถอด เมื่อบุตรเข้ามาจริงกลับทำเฉยเมย หรือผลึกไส้ออกไป เป็นเหตุให้บุตรเมื่อโตขึ้นมีความลังเล ไม่เข้าใจไม่แน่ใจในความหมายของคำพูด

ค. มารดาเลี้ยงบุตรแบบมีอารมณ์ไม่คงเส้นคงวา เดี่ยวดี เดี่ยวร้าย เดี่ยวใจดี เดี่ยวโกรธ เดี่ยวจะเอาอย่างนั้น เดี่ยวจะเอาอย่างนี้ ทำให้บุตรมีความคิดเห็นและอารมณ์ที่ขัดแย้งตรงกันข้ามในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นเหตุของโรคจิตเภทได้

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ง. บิดามารดาที่เป็นโรคจิตเภท จะเลี้ยงบุตรสอนบุตรตามแนวความคิดที่แปรปรวนของตน บุตรจะรับเอาแนวความคิดที่ผิดปกติมาปฏิบัติ รวมทั้งเลียนแบบอย่างของอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย ทำให้บุตรเป็นโรคจิตเภทได้ง่าย

อาการเริ่มของโรคจิตเภท

ก่อนผู้ป่วยจะมีอาการโรคจิตชัดเจน ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติหลายอย่างซึ่งเป็นอาการนำมาก่อนระยะหนึ่ง อาการเริ่มต้นจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละรายที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ต้องมาพบแพทย์ได้แก่

1. มีปัญหาในการเรียน หรือการทำงาน เช่น การเรียนตกต่ำมาก หรือทำงานไม่ได้
2. มีการเปลี่ยนแปลงในกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่ร่วมรับประทานอาหารเหมือนเคย หรือกลางคืนไม่นอนแต่มานอนตอนกลางวัน
3. มีคำพูดแสดง ความคิดแปลก ๆ หรือพูดที่มทำคนเดียว
4. มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น แยกตัวเองตามลำพัง พูดน้อยลงหรือ ไม่พูดกับใครเลย
5. มีอาการทางจิตเวช เช่น ตื่นเต้นตกใจง่าย กระวนกระวาย หวาดกลัว หรือพูดเกี่ยวกับความหลงผิดที่มีอยู่

ระยะเวลาเกิดอาการ (onset)

โรคจิตเภทมีระยะเวลาเกิดอาการได้ 2 แบบ

แบบที่ 1 โรคจะดำเนินค่อยเป็นค่อยไป เริ่มมีอาการที่ละเล็กละน้อยระยะแรกมีอาการเพียงเล็กน้อย คนอื่นไม่สามารถสังเกตเห็น แม้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น พี่น้องหรือพ่อแม่ ในการทำงาน ญาติคิดว่าเขาคงจะไม่อยากพูดหรือไม่อยากทำงาน ไม่ได้คิดว่าเป็นอาการเริ่มแรกของโรค โรคจิตเภทกลุ่มนี้กว่าจะมีอาการชัดเจนก็กินเวลาหลายปี

แบบที่ 2 พอเริ่มมีอาการก็รุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด ไม่กี่วันก็เห็นอาการชัดเจนก่อนมีอาการให้เห็นชัดเจน อาจมีเหตุการณ์เกิดกับผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการกำเริบขึ้นอย่างรวดเร็วเช่น ความเครียด หรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย ดูหนังสือหนักใกล้สอบ ทำงานหนักพักผ่อนหลับนอนไม่เพียงพอ เป็นไข้หวัดติดต่อกันหลายวันหรือเกิดความเครียดทางจิตใจเช่น ทะเลาะวิวาทกับคนในบ้าน ในที่ทำงาน กล่าวถูกหา ถูกขู่หรือถูกทำร้ายทำให้ผู้ป่วยตกใจเสียใจ การสูญเสียคนรัก ของรัก เกียรติยศ ชื่อเสียง ก็สามารถทำให้โรคจิตเภท กำเริบหรือมีอาการรุนแรงขึ้นได้

รูปแบบในการรักษา

หลักในการวินิจฉัย

จะมีหลักการวินิจฉัยอย่างไรว่าเป็นโรคนี้ เนื่องจากโรคจิตเภทแสดงอาการหลายอย่างทั้งด้านแนวความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เวลามีอาการเล็กน้อยก็ยากที่จะวินิจฉัย ไม่สามารถตรวจความผิดปกติได้จากการเอ็กซเรย์แบบโรคทางกาย การวินิจฉัยโรคจิตเภทจึงต้องอาศัยข้อมูลหลายอย่างโดยไม่ได้ยึดเอาอาการที่แสดงออกมาเป็นหลักการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียว หลักการวินิจฉัยโรคนี้ ดังนี้

1. มีอาการที่แสดงออกถึงความแปรปรวนในแนวความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมดังกล่าวมาแล้ว
2. ประวัติการป่วยด้วยอาการแบบเดียวกันนี้มาก่อน และได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์จากการป่วยครั้งก่อนว่า เป็นโรคจิตเภท
3. ก่อนป่วยเป็นคนมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว
4. ก่อนป่วยเวลามีปัญหาชีวิต ชอบใช้วิธีแก้ปัญหาโดยการหนี แยกตัวใช้วิธีการจินตนาการแบบเด็ก ๆ หรือปฏิเสธปัญหาและโทษผู้อื่น
5. ตรวจทางจิตวิทยา (Psychological Test) มีแบบทดสอบหลายชนิด ทำโดยนักจิตวิทยาคลินิกสามารถช่วยให้การวินิจฉัยโรคจิตเภทได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

การรักษา

จะรักษาโรคนี้ได้อย่างไร ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีอาการขึ้นมาอย่างฉับพลัน จะได้รับการรักษาทันทีที่ ส่วนผู้ที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป กว่าที่จะได้รับการรักษาก็เป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทควรได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่ถูกต้อง และใช้เวลานานพอสมควรอย่างน้อยต้องไม่ต่ำกว่าเวลาที่ได้เป็นโรคนี้มา เพราะมิฉะนั้นแล้วจะเสี่ยงต่อการไม่หายหรือเป็น ๆ หาย ๆ ผู้ป่วยควรอยู่ในความดูแลของจิตแพทย์และคณะ ซึ่งได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักสุขภาพจิตอื่น ๆ

ระยะเริ่มแรกถ้ายังไม่เป็นมากสามารถพอไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือแบบไปกลับของโรงพยาบาลทางจิตเวชหรือที่คลินิกก็ได้ จิตแพทย์และคณะผู้ให้การบำบัดรักษาจะนัดให้ผู้ป่วยไปพบทุก 2-4 สัปดาห์หรือทุก 2-3 เดือน แล้วแต่ อาการของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเป็นมาก ควรได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด อาจได้รับการนัดให้ไปตรวจสภาพจิตทุก 3 วัน หรือทุกสัปดาห์ แต่ถ้าอาการรุนแรงมีอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิดหรือสังคม ผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จิตเวชชั่วคราว เมื่ออาการดีขึ้นก็จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและนัดให้มาตรวจเป็นระยะ ๆ ไป

เกี่ยวกับระยะเวลาที่ควรรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ญาติหลายคนเข้าใจผิด คิดว่าควรให้ผู้ป่วยอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ๆ ไม่ใช่เป็นวิธีการที่ถูกต้องโรคทางจิตใจผิดกับโรคของร่างกาย โรคทางใจจิตใจเท่านั้นที่อ่อนแอ ร่างกายยังแข็งแรงดีสามารถทำงานได้ แม้จะมีอาการทางกายร่วมด้วยก็ตาม การพักผ่อนนาน ๆ ไม่ได้ทำงานหรือถูกจำกัดสิทธิเสรีภาพถูกแยกออกจากสังคมภายนอกเป็นเวลานานจะเกิดผลเสียตามมา เช่น เกิดความเฉื่อยชา เกียจคร้าน สัมวิธีการทำงาน ไม่กล้ากลับไปทำงานรับผิดชอบ ไม่กล้าเข้าสังคม การอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ จะเพิ่มปมด้อยให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าไปสู้ญาติพี่น้อง ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยหายดีมีสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจเหมือนคนทั่วๆ ไป

การรักษาโรคจิตเภท ประกอบด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกันดังนี้คือ

1. การให้ยา การใช้ยารักษาเป็นสิ่งสำคัญที่สุด พบว่า เมื่อให้ยารักษาโรคจิตแก่ผู้ป่วย เช่น Phenothiazine หรือ haloperidol ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นถึงร้อยละ 75 ในเวลา 6 สัปดาห์ อาการโรคจิตต่าง ๆ จะลดน้อยลงหรือหายไปและพฤติกรรมของผู้ป่วยจะดีขึ้นด้วย ในจำนวนนี้ร้อยละ 46 ไม่มีอาการของโรคจิตเลย ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคดีระยะเวลาการให้ยาอาจนานเพียง 1-2 ปี แต่ในรายนอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากแล้วควรให้ยาเป็น maintenance Therapy ติดต่อกันเป็นเวลาหลายปี เพราะเมื่อหยุดยาโรคจะกลับเป็นขึ้นใหม่ได้ การให้ยานอกจากทำให้อาการ โรคจิตลดน้อยลงแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและทนต่อความเครียดได้ดีขึ้น ในรายที่ผู้ป่วยสบายดีอยู่เป็นเวลานาน อาจหยุดยาระยะหนึ่งได้ แต่ไม่ควรหยุดยานานกว่า 6 เดือน เพราะถ้านานกว่านั้นโอกาสที่โรคจะกลับเป็นรุนแรงอาจเกิดขึ้นได้

2. การรักษาด้วยช็อกไฟฟ้า คือ การใช้กระแสไฟฟ้าจำนวนน้อยมากผ่านเข้าไปในสมองในเวลาไม่เกิน 1 วินาที จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการดีขึ้นการรักษาด้วยไฟฟ้ามักจะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามาก ๆ หรืออ่อนไหวอาละวาด การรักษาจะใช้การรักษาด้วยยาก่อน เมื่อให้ยาขนาดเต็มทีนาน 3-4 สัปดาห์ไม่ได้ผลจึงพิจารณาให้การรักษาด้วยวิธีนี้ซึ่งสามารถทำให้ดีขึ้นภายในไม่กี่วัน ก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องได้รับอนุญาตจากญาติก่อน

3. การรักษาโดยวิธีบำบัด (Psychotherapy) โดยการที่ผู้รักษาพูดคุยสร้าง สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาและวิธีการแก้ไขแนะนำให้กำลังใจ เรียนรู้ถึงจุดอ่อนของตนเองและแนวทางแก้ไข การรักษา การรักษาโดยวิธีจิตบำบัดเป็นรายบุคคลและแบบกลุ่มคือมีผู้ป่วยประมาณ 10-15 คนนั่งเป็นวงกลม พูดคุยกัน การรักษาจิตบำบัดจะได้ผลกับผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะหนึ่ง เริ่มแรกและคณะที่อาการทางจิตทุเลาลงแล้ว

4. การรักษาแบบมิลิว (Milieu Therapy) คือการรักษาโดยสร้างสภาพแบบบรรยากาศของการรักษาให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช Milieu แปลว่า สิ่งแวดล้อมหรือสถานที่ การรักษาวิธีนี้ใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล การรักษาวิธีนี้ได้แก่ การปรับปรุงสถานที่รักษาให้น่าอยู่ มองดูสด

เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนลิขสิทธิ์ไว้สำหรับใช้ในงานเพื่อการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น เมื่ออนุญาตให้นำไปเผยแพร่โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้

ขึ้น รื่นรมย์ ให้โรงพยาบาลทางจิตเวชมีสภาพเหมือนบ้าน สถานที่ราชการหรือสมโมสรทั่วๆ ไป มีกลุ่มกิจกรรมการรักษาต่าง ๆ ในตอนกลางวันเหมือนผู้ป่วยมาทำงาน มาเรียนหนังสือ มาเข้าสังคม มาฝึกพูด ฝึกแสดง ฝึกความกล้า หัดแก้ปัญหาและเรียนรู้การใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ช่วยกันแก้ไขปัญหาล้วนตัวของผู้ป่วยแต่ละคน การรักษาวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยยาวนาน มีบุคลิกภาพเสื่อมโทรมเช่น แยกตัวเอง เชื่องช้า เกียจคร้าน ไม่รับผิดชอบในตนเอง ไม่อยากทำงาน ชี้ขาด หวาดกลัว เป็นวิธีการรักษาสำหรับเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับไป อยู่บ้าน

5. การรักษาครอบครัว หรือครอบครัวบำบัด (Family Therapy) คือ การรักษาที่พบทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ผู้รักษาจะเชิญญาติหรือผู้ใกล้ชิดมาพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ช่วยกันหาหนทางช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติและครอบครัว การรักษาโดยวิธีนี้จะได้ประโยชน์มาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถทำความเข้าใจกันได้ดีขึ้น จะเป็นโอกาสให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยได้เล่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น เล่าความรู้สึกที่มีอยู่ออกสู่กันฟัง โดยมีผู้รักษาเป็นผู้คอยเชื่อมโยงเรื่องราวให้ความกระจ่างประเมินข้อเท็จจริงให้ข้อเสนอแนะ โรคจิตเภทมีสาเหตุจากความผิดปกติในครอบครัว หลังจากที่สมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัวป่วยเป็นโรคนี้แล้ว ก็จะทำให้ครอบครัวนั้นเกิดปัญหาเพิ่มมากขึ้นด้วย การรักษาวิธีนี้มุ่งรักษาตัวผู้ป่วยไม่ได้รักษาสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัว เพียงแต่เชิญสมาชิกในครอบครัวมาร่วมกันคิดว่าทำอย่างไรจะช่วยผู้ป่วยและแก้ไขปัญหามันบางอย่างในครอบครัวของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย

6. การติดตามผลการรักษา (Follow-up) เนื่องด้วยโรคจิตเภทต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง การรักษาจะยังไม่สิ้นสุดหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ญาติต้องหาผู้ป่วยมาพบผู้รักษาเป็นระยะ ๆ ตามที่กำหนด เพื่อผู้รักษาจะได้ตรวจดูอาการ ตามความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่บ้าน ให้ข้อเสนอแนะ และจัดยาที่ใช้ให้เหมาะสม บ่อยครั้ง หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ญาติไม่นำผู้ป่วยไปพบรักษาตามนัดหรือพามาเพียง 2-3 ครั้ง แล้วก็หายไป อ้างว่าผู้ป่วยปกติดีแล้ว ไม่ค่อยจะมีเวลาพามา หรือเข้าใจว่าการกินยาเสมือนยังเป็นโรคอยู่เลย หยุดกินยา การหยุดรักษานี้เองจึงเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคจิตเภทขึ้นมาอีก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ บ่อยครั้ง จะทำให้รักษายากกลายเป็นโรคจิตเรื้อรังได้ในที่สุด

ประวัติผู้เขียน

นายทัศนัย ธเนศวรณิษฐ์ เกิดเมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2518 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาที่โรงเรียนสามัญทุ่งมหาเมฆ และมัธยมศึกษาที่โรงเรียนมัธยม มกุฎราชศรีฯ ในปี พ.ศ.2535 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาออกแบบ ตกแต่งภายใน คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ในปีการศึกษา 2539 เข้าทำงานทางด้านออกแบบตกแต่งภายในที่บริษัทเนเธอร์แลนด์ จำกัด ในปี 2540-2542 และทำงานใน ฝ่ายออกแบบที่บริษัท แพ็คทีฟบิลด์ จำกัด ในปี 2543-2544 ทำงานออกแบบอยู่ที่บริษัทคัลเลอร์ จำกัด ในตำแหน่งอินทีเรียดีไซน์เนอร์ ได้เริ่มเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรสถาปัตยกรรมศาสตร์ บัณฑิต สาขาสถาปัตยกรรมภายใน สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง เมื่อ พ.ศ. 2542



เอกสารนี้เป็นเอกสารที่สงวนไว้สำหรับการใช้งานเพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปใช้ประโยชน์ด้านการค้า ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น อีกทั้งห้ามมิให้ดัดแปลงเนื้อหา และต้องอ้างอิงถึงเจ้าของเอกสารทุกครั้งที่มีการนำไปใช้