



การพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภท

ฉบับปรับปรุง



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินรัตน์ จันทพิมพ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ฉบับปรับปรุง

ผู้แต่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์น์ จันทพิมพ์

ISBN 978-616-639-001-8

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ศรินทร์น์ จันทพิมพ์.

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง).-- ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
2569.

170 หน้า.

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

610.7368

ISBN 978-616-639-001-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2569

จำนวนที่พิมพ์ 130 เล่ม

ราคา 490 บาท

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 123 ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง
จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 0 4320 2100, 09 9465 5115

อีเมล kkuprinting@hotmail.com

คำนำ

ตำราการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (ฉบับปรับปรุง) เล่มนี้ ปรับปรุงจากตำราการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงองค์ความรู้ แนวคิด และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน เพื่อใช้ประกอบการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตลอดจนเป็นแหล่งศึกษาค้นคว้าสำหรับพยาบาล บุคลากรสุขภาพ และผู้สนใจ

ตำราเล่มนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 6 บท ซึ่งได้รับการทบทวนและปรับปรุงให้มีความทันสมัย โดย บทที่ 1 ปรับปรุงเนื้อหาเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง เกณฑ์การวินิจฉัย การดำเนินโรค และความผิดปกติร่วมให้สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยในปัจจุบัน บทที่ 2 ปรับปรุงองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทให้ครอบคลุมด้านชีวภาพ จิตใจ ครอบครัวย สังคม และสิ่งแวดล้อม บทที่ 3 ปรับปรุงการประเมินทางจิตเวชให้ครอบคลุมอาการ สภาพจิต การทำหน้าที่ ความเสี่ยง และปัจจัยทางจิตสังคม บทที่ 4 ปรับปรุงการบำบัดรักษาทั้งด้านชีวภาพและจิตสังคม โดยเน้นแนวทางการบำบัดรักษาที่ทันสมัยและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน และ บทที่ 5 ปรับปรุงการใช้กระบวนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละระยะ

สำหรับบทที่ 6 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ได้เพิ่มเติมและปรับปรุงเนื้อหาเกี่ยวกับ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (Psychiatric rehabilitation) การฟื้นคืนสู่สภาวะ (Recovery) เนื้อหาในตำราได้จากการทบทวนตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับประสบการณ์ของผู้เขียนจากการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษาและการทำวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าตำราเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ การศึกษาค้นคว้า และการประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างเป็นองค์รวม มีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน และผู้เขียนขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการปรับปรุงตำราเล่มนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ศรินรัตน์ จันทพิมพ์

สิงหาคม 2569

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 โรคจิตเภท: อาการและอาการแสดง เกณฑ์การวินิจฉัย การดำเนินโรคและความผิดปกติร่วม	1
ความหมาย	2
ระบาดวิทยา	2
อาการและอาการแสดง	3
เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคจิตเภท (DSM-5-TR)	5
การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามองค์การอนามัยโลก (ICD-11)	9
การวินิจฉัยแยกโรค	9
การดำเนินโรค	10
ความผิดปกติร่วมในผู้ป่วยจิตเภท	11
สรุป	12
คำถามท้ายบท	13
เอกสารอ้างอิง	14
บทที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท	16
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท	17
แนวคิด Stress-Diathesis Model	17
ปัจจัยด้านชีวภาพ	18
ปัจจัยด้านจิตใจ	22
ปัจจัยด้านครอบครัว	23
สรุป	25
คำถามท้ายบท	26
เอกสารอ้างอิง	27
บทที่ 3 การประเมินทางจิตเวช	30
การสัมภาษณ์ทางจิตเวช (Psychiatric Interview)	31
การตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination: MSE)	43
การเลือกใช้เครื่องมือมาตรฐานในการประเมินและติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภท	46
บทบาทของพยาบาลในการเลือกและใช้เครื่องมือ	48
สรุป	49
คำถามท้ายบท	50
เอกสารอ้างอิง	51

	หน้า
บทที่ 4 การบำบัดทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท	53
การบำบัดทางชีวภาพ	53
การรักษาโดยใช้ยา	53
การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า	61
การบำบัดทางจิตสังคม	67
จิตบำบัด	67
การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม	67
การฝึกทักษะทางสังคม	68
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา	69
ครอบครัวบำบัด	70
การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว	70
สิ่งแวดล้อมบำบัด	71
กลุ่มกิจกรรมบำบัด	72
การบำบัดฐานสติ	76
การบำบัดด้วยเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล	76
สรุป	77
คำถามท้ายบท	79
เอกสารอ้างอิง	80
บทที่ 5 การใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท	87
กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท	87
การประเมินและรวบรวมข้อมูล	88
การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล	95
การวางแผนการพยาบาล	101
การปฏิบัติการพยาบาล	102
การประเมินผลการพยาบาล	106
กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท: ตัวอย่างการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล	106
สรุป	111
คำถามท้ายบท	113
เอกสารอ้างอิง	114
บทที่ 6 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท	116
ความหมาย แนวคิด วิวัฒนาการ และหลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	117

	หน้า
ความหมาย แนวคิด และหลักการของแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	120
องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในมุมมองแนวคิดเน้นการฟื้นคืนสู่สภาวะ	122
กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตตามแนวคิดเน้นการฟื้นคืนสู่สภาวะ	123
รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและความเชื่อมโยงกับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ	125
การจัดการรายกรณี	125
การจัดการรายกรณีแบบเข้มข้นและทีมดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน	125
การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	126
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและการจ้างงานในผู้ป่วยจิตเวช	126
ที่อยู่อาศัยแบบมีการสนับสนุน	127
บทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะ	128
สรุป	130
คำถามท้ายบท	131
เอกสารอ้างอิง	132
ภาคผนวก	136
แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	136
แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)	138
แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)	140
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)	144
ประวัติผู้เขียน	148
ดัชนี	153
ภาษาไทย	153
Index	157

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 กลุ่มอาการด้านลบ	4
ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่าง DSM-5 และ DSM-5-TR ในโรคจิตเภท	7
ตารางที่ 3 มิติอาการของโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ ICD-11	9
ตารางที่ 3.1 ทักษะและเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดในระยะเริ่มการสัมภาษณ์ทางจิตเวช	33
ตารางที่ 3.2 ทักษะและเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดในระยะดำเนินการสัมภาษณ์ทางจิตเวช	34
ตารางที่ 3.3 ตัวอย่างการสัมภาษณ์ทางจิตเวช	36
ตารางที่ 3.4 การประเมินอาการทางจิตเวชอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคจิตเภท	42
ตารางที่ 3.5 องค์ประกอบการตรวจสภาพจิต แนวทางการประเมิน และตัวอย่างการบันทึกในผู้ป่วยโรคจิตเภท	43
ตารางที่ 3.6 แสดงเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภท	47
ตารางที่ 4.1 ยารักษาอาการทางจิตกลุ่มเดิม (First Generation Antipsychotic หรือ Typical Antipsychotic Drugs)	55
ตารางที่ 4.2 ผลข้างเคียงที่สำคัญของยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมและการพยาบาล	56
ตารางที่ 4.3 ยารักษาอาการทางจิตกลุ่มใหม่ (Second Generation Antipsychotic หรือ Atypical Antipsychotic Drugs)	58
ตารางที่ 4.4 ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามวัตถุประสงค์เฉพาะ	72
ตารางที่ 5.1 สรุปประเด็นปัญหา ผลกระทบ และความต้องการการดูแลพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท	94
ตารางที่ 5.2 สรุปเป้าหมายหลักของกระบวนการพยาบาลในแต่ละระยะ	94
ตารางที่ 6.1 วิวัฒนาการแนวความคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่แนวความคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบเน้นการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ	119
ตารางที่ 6.2 เปรียบเทียบแนวความคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) และการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery)	121
ตารางที่ 6.3 การปรับกรอบมุมมองกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตทั้ง 6 ขั้นตอน	123

ภาพที่ 1 แนวคิด Stress-Diathesis Model
--

17

บทที่ 1

โรคจิตเภท: อาการและอาการแสดง เกณฑ์การวินิจฉัย การดำเนินโรคและความผิดปกติร่วม (Schizophrenia: Signs and Symptoms, Diagnostic Criteria, Disease Progression and Comorbidity)

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

ภายหลังศึกษาบทเรียนนี้แล้ว ผู้เรียนสามารถ:

1. อธิบายความหมาย อาการ อาการแสดง และระบาดวิทยาของโรคจิตเภทได้
2. อธิบายเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคจิตเภทได้
3. อธิบายการดำเนินโรคจิตเภทและความผิดปกติร่วมได้

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคจิตเวชเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดโรคสูงและมีความรุนแรงที่ก่อให้เกิดความพิการหรือการสูญเสียปีสุขภาวะในระดับสูงเมื่อเทียบกับโรคทางจิตเวชอื่น (Solmi et al., 2023) โรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการไร้ความสามารถ (disability) มีโอกาสหายน้อยและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง อีกทั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมไปถึงผลกระทบต่อการทำหน้าที่และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัว เพื่อน และคนในชุมชน โดยเฉพาะพบว่าโรคจิตเภทก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจในทางอ้อมจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้และจากภาระค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา (Crespo-Facorro et al., 2021) ข้อมูลล่าสุดขององค์การอนามัยโลกระบุว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกประมาณ 23 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 345 คน (ร้อยละ 0.29) ของประชากรทั้งหมด และคิดเป็น 1 ใน 233 คน (ร้อยละ 0.43) เมื่อพิจารณาเฉพาะประชากรผู้ใหญ่ (World Health Organization [WHO], 2025) ส่วนในประเทศไทย ข้อมูลของกรมสุขภาพจิตแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคจิตเภทยังคงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคจิตเวชรุนแรงที่พบบ่อยและเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health [DMH], 2024) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท แต่มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่พ้นหายจากการเจ็บป่วยอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรกๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำและส่งต่อการบำบัดรักษาในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ระบุว่าการให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่ระยะแรกของโรคจะช่วยให้อาการทางจิตสงบเร็วขึ้น ลดความรุนแรงของอาการทาง

จิต และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและทำงานได้ดีขึ้น (U.S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense [VA/DoD], 2023) อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั่วโลกยังคงไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (WHO, 2025) ปัจจัยเงื่อนไขในการเข้าถึงการรักษา ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรค การขาดความตระหนักและความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงควรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในบทนี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงความหมายของโรคจิตเภท ระบาดวิทยา อาการและอาการแสดง เกณฑ์การวินิจฉัย การดำเนินโรค และความผิดปกติร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท

ความหมาย

โรคจิตเภท (schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมอาการเป็นต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านสังคม การงาน หรือการดูแลตนเองของผู้ป่วย (American Psychiatric Association [APA], 2022)

ระบาดวิทยา

สถานการณ์ความชุกและอุบัติการณ์ระดับโลกพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้ทั่วโลก โดยข้อมูลล่าสุดจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกประมาณ 23 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 345 คน (ร้อยละ 0.29) ของประชากรทั้งหมด (WHO, 2025) สำหรับความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของประชากรทั่วไปอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.5–1.0 โดยมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคใหม่อยู่ในระหว่าง 0.1–0.5 ต่อ 1,000 ประชากรต่อปี และมีความชุกรายปี (annual prevalence) ประมาณ 2.5–5.3 ต่อ 1,000 ประชากร โดยจากการทบทวนข้อมูลจาก Global Burden of Disease พบว่าความชุกและภาระโรคของโรคจิตเภทแตกต่างกันตามภูมิภาค ช่วงอายุ เพศ และระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ โดยประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางมีแนวโน้มของภาระโรคและความล่าช้าในการเข้าถึงบริการสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การย้ายถิ่นฐานและการอาศัยอยู่ในเขตเมือง ยังคงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สูงกว่าประชากรทั่วไป (Solmi et al., 2023) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าถึงระบบบริการประมาณ 2.8 แสนคน การสำรวจระบาดวิทยาในพื้นที่ต่างๆ พบข้อมูลที่หลากหลาย โดยการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.311 (DMH, 2024)

อาการและอาการแสดง

ในปัจจุบัน การจำแนกและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชนิยมใช้เกณฑ์มาตรฐานสากล 2 ระบบหลัก ได้แก่ เกณฑ์ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) และเกณฑ์ ICD (International Classification of Diseases) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ซึ่งทั้งสองระบบมีความเหมือนและความแตกต่างกันในบางประเด็น โดยเฉพาะในด้านการจัดกลุ่มอาการและการกำหนดระยะเวลาของโรค ทั้งนี้ในตำราเล่มนี้จะใช้เกณฑ์ DSM-5-TR (APA, 2022) เป็นหลักในการอธิบายอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่ใช้อย่างแพร่หลายในการปฏิบัติงานคลินิกและการวิจัยในปัจจุบัน และจะกล่าวถึงมิติอาการเพิ่มเติมตาม ICD-11 (WHO, 2022) ในประเด็นที่มีความสำคัญทางคลินิก ลักษณะอาการของโรคจิตเภทตาม DSM-5-TR (APA, 2022) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-5-TR กลุ่มอาการด้านบวกครอบคลุมอาการ 4 ประการ ดังนี้

1.1 อาการประสาทหลอน (Hallucinations)

เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก อาจเกิดขึ้นได้ทุกประสาทสัมผัส ชนิดที่พบบ่อยที่สุดในโรคจิตเภท คือ ประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination) ผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงพูดคุยกัน เสียงวิจารณ์หรือสั่งการ (command hallucination) ซึ่ง DSM-5-TR เน้นว่าเสียงประเภทนี้มีนัยสำคัญทางคลินิก โดยเฉพาะเมื่อเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบประสาทหลอนทางการมองเห็น การสัมผัสกลิ่น และรสได้เช่นกัน (APA, 2022)

1.2 อาการหลงผิด (Delusions)

เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แม้จะมีหลักฐานมาโต้แย้ง DSM-5-TR ระบุว่าอาการหลงผิดแบบ bizarre delusions (ความเชื่อที่มีลักษณะแปลกประหลาด ที่เป็นไปไม่ได้ในทางกายภาพ) อาจเพียงพอสำหรับการวินิจฉัยแม้พบอาการเดียว (APA, 2022) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่

- หลงผิดว่าถูกปองร้าย (persecutory delusion)
- หลงผิดว่าตนมีอำนาจพิเศษ (grandiose delusion)
- หลงผิดเกี่ยวกับการควบคุมความคิด ได้แก่ ความคิดถูกแทรก (thought insertion) ความคิดถูกดึงออก (thought withdrawal) หรือความคิดถูกถ่ายทอดออกไป (thought broadcasting)
- หลงผิดว่าเหตุการณ์รอบข้างเกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference)

1.3 ความผิดปกติของความคิดและการพูด (Disorganized Thinking/Speech)

ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เชื่อมโยงได้ ทำให้การสื่อสารสับสน เช่น ความคิดไม่ต่อเนื่อง(loose association) การพูดออกนอกเรื่อง (tangentiality) หรือพูดไม่รู้เรื่อง (incoherence/word salad) DSM-5-TR ระบุว่าความผิดปกติของการพูดเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความผิดปกติในกระบวนการคิด และต้องมีความรุนแรงเพียงพอที่จะรบกวนการสื่อสารอย่างมีนัยสำคัญ (APA, 2022)

1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด (Grossly Disorganized or Catatonic Behavior)

เป็นพฤติกรรมที่ไม่มีจุดมุ่งหมาย ไม่เหมาะสมกับบริบท เช่น แต่งกายแปลก ไม่ดูแลตนเอง หรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมอย่างไม่เหมาะสม โดยมีอาการ catatonia ซึ่งครอบคลุมทั้ง

- อาการนิ่งเฉย ไม่ตอบสนอง (stupor)
- อาการไม่พูด (mutism)
- ต่อต้านการสั่ง negativism
- เคลื่อนไหวไม่หยุด (catatonic excitement)
- เคลื่อนไหวไม่หยุด (catatonic excitement)

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms)

DSM-5-TR เน้นความสำคัญของกลุ่มอาการด้านลบในฐานะตัวพยากรณ์การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยระบุว่าอาการด้านลบที่สำคัญที่สุด 2 ประการ คือ diminished emotional expression และ avolition อาการด้านลบที่พบบ่อย ได้แก่ (APA, 2022)

ตารางที่ 1 กลุ่มอาการด้านลบ

อาการ	คำอธิบาย
Alogia (พูดน้อย)	ปริมาณและเนื้อหาการพูดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
Diminished emotional expression (การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง)	การแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง และท่าทางลดลง DSM-5-TR ปรับจากคำว่า “flat affect” เป็น “diminished emotional expression” เพื่อให้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น
Anhedonia (ขาดความสุข)	ไม่สามารถรู้สึกสุขหรือสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ
Asociality (แยกตนเอง)	ไม่มีความต้องการสัมพันธ์ทางสังคม
Avolition (ขาดแรงจูงใจ)	ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่เริ่มทำกิจกรรม

(American Psychiatric Association, 2022)

ข้อสำคัญ: DSM-5-TR เน้นว่าต้องแยก primary negative symptoms (อาการด้านลบที่เป็นแกนหลักของโรค) ออกจาก secondary negative symptoms (อาการที่เกิดจากยา ภาวะซึมเศร้า หรือการแยกตัวเพื่อหลีกเลี่ยงประสาทหลอน) เนื่องจากมีนัยสำคัญต่อการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา (APA, 2022)

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยจำแนกโรคจิตเภทในปัจจุบันนิยมใช้ 2 ระบบหลัก คือ เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5-TR) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนจาก ICD-10 มาใช้ ICD-11 แล้ว (WHO, 2022)

1. เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5-TR

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-5-TR (APA, 2022) มีดังต่อไปนี้:

Criteria A: มีอาการดังต่อไปนี้ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน โดยอาการอย่างน้อยที่สุด 1 อาการจะต้องเป็นอาการในข้อ 1, 2 หรือ 3

1. อาการหลงผิด (delusion)
2. อาการประสาทหลอน (hallucinations)
3. คำพูดไม่เป็นระเบียบ (disorganized speech)
4. พฤติกรรมไร้ระเบียบอย่างเห็นได้ชัดหรือเป็นคาทาโทเนีย (grossly disorganized or catatonic behavior)
5. อาการทางลบ (negative symptoms)

Criteria B: ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน

Criteria C: มีอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยอาจรวมถึงระยะนำ (prodromal phase) หรือระยะหลงเหลือ (residual phase)

Criteria D: ไม่เข้าได้กับเกณฑ์ของโรคจิตเภทที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย (schizoaffective disorder) และโรคซึมเศร้า หรือโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

Criteria E: อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือสารเสพติด

Criteria F: หากมีประวัติของการเป็นโรคในกลุ่มออทิซึมติกในวัยเด็ก หรือการมีปัญหारेื่องการสื่อสาร การวินิจฉัยโรคจิตเภทจะทำได้เมื่อมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและอาการอื่นๆ ข้างต้นชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

การปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท (schizophrenia) ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ 5 (DSM-5) สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์สำคัญในการทำ ความเข้าใจความผิดปกติทางจิตในกลุ่มโรคจิต โดยมีการปรับเปลี่ยนที่สำคัญ 4 ประการดังนี้ (Correll et al., 2022)

1. การเปลี่ยนแปลงจากการจำแนกโรคแบบแยกส่วนสู่แนวคิดสเปกตรัม

DSM-5 นำเสนอการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญโดยเปลี่ยนชื่อจาก “Schizophrenia and Other Psychotic Disorders” เป็น “Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders” การเพิ่มคำว่า “spectrum” สะท้อนการยอมรับว่าความผิดปกติทางจิตในกลุ่มนี้มีลักษณะเป็นความต่อเนื่อง (continuum) มากกว่าการเป็นโรคที่แยกขาดจากกัน โดย schizotypal personality disorder ซึ่งเดิมจัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของบุคลิกภาพได้ถูกนำเข้ามารวมอยู่ในสเปกตรัมนี้ในฐานะความผิดปกติที่มีความรุนแรงของอาการทางจิตน้อยที่สุด การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงทางพันธุกรรม ระบบประสาท และลักษณะอาการระหว่างความผิดปกติต่างๆ ในสเปกตรัม

2. การกำหนดอาการหลักที่เข้มงวดยิ่งขึ้น

DSM-5 ได้เพิ่มข้อกำหนดที่เข้มงวดขึ้นใน Criterion A โดยระบุว่าผู้ป่วยต้องแสดงอาการหลัก (corepositive symptoms) อย่างน้อย 1 อาการจากกลุ่ม 3 อาการแรก ได้แก่ อาการหลงผิด (delusions) อาการประสาทหลอน (hallucinations) หรือการพูดจาที่ไร้ระเบียบ (disorganized speech) การเปลี่ยนแปลงนี้แตกต่างจาก DSM-IV ที่ยอมให้วินิจฉัยได้แม้ผู้ป่วยจะมีเพียงพฤติกรรมที่ไร้ระเบียบอย่างรุนแรง (grossly disorganized behavior) หรืออาการด้านลบ (negative symptoms) เพียงอย่างเดียว การปรับเปลี่ยนนี้มุ่งเพิ่มความจำเพาะในการวินิจฉัย และสะท้อนความเข้าใจว่าอาการทางบวกเหล่านี้เป็นลักษณะเฉพาะของโรคจิตเภทมากกว่าอาการด้านอื่นๆ

3. การยกเลิกข้อยกเว้นในการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับ bizarre delusions ใน DSM-IV

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการคือการยกเลิกข้อยกเว้นในการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับ bizarre delusions ใน DSM-IV อาการหลงผิดแบบพิลึกพิลั่นหรือประสาทหลอนแบบ Schneiderian first-rank symptoms สามารถใช้เป็นเกณฑ์เดียวในการวินิจฉัยได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีอาการอื่นครบ 2 อาการตาม Criterion A อย่างไรก็ตาม งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ในการระบุว่าอาการหลงผิดใดเป็น bizarre นั้นต่ำ และอาการดังกล่าวไม่มีความจำเพาะต่อโรคจิตเภทมากพอที่จะใช้เป็นเกณฑ์เดียว DSM-5 จึงยกเลิกสถานะพิเศษนี้ และกำหนดให้ผู้ป่วยต้องมีอาการครบ 2 อาการขึ้นไปเสมอ โดยไม่คำนึงถึงลักษณะของอาการหลงผิด

4. การยกเลิกการแบ่งกลุ่มย่อยและการนำแนวทางมิติมาใช้

DSM-5 ได้ยกเลิกการแบ่งโรคจิตเภทออกเป็นกลุ่มย่อย (subtypes) 5 ประเภท ได้แก่ paranoid, disorganized, catatonic, undifferentiated และ residual type ที่เคยใช้ใน DSM-IV การตัดสินใจนี้อิงจากข้อจำกัดหลายประการของระบบการจำแนกแบบเดิม ได้แก่ ความเสถียรต่ำของการจำแนกกลุ่มย่อยตลอดเวลา การเจ็บป่วย ความน่าเชื่อถือในการวินิจฉัยที่จำกัด และคุณค่าในการทำนายผลการรักษาที่ไม่ชัดเจน แทนที่จะใช้การจำแนกแบบเดิม DSM-5 แนะนำให้ใช้การประเมินมิติความรุนแรงของอาการต่างๆ ซึ่งให้ข้อมูลที่ละเอียดและ

ยึดหยุ่นกว่าในการติดตามผลการรักษาและการวางแผนการดูแลการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ใน DSM-5 สะท้อนถึงความก้าวหน้าในความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับโรคจิตเภทและมุ่งเพิ่มความถูกต้องแม่นยำความน่าเชื่อถือ และประโยชน์ทางคลินิกของระบบการวินิจฉัย ต่อมาได้มีการปรับปรุงเป็น DSM-5-TR (text revision) คือฉบับปรับปรุงเนื้อหาของ DSM-5 โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยหลักของโรคส่วนใหญ่ แต่เน้นการอัปเดตข้อมูลให้ทันสมัยตามงานวิจัยล่าสุด เพื่อความชัดเจน ถูกต้อง และครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยเริ่มใช้เมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2022 (พ.ศ. 2565) โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน โดยมีประเด็นการปรับปรุงจาก DSM-5 ดังนี้ (APA, 2022; Correll et al., 2022)

1. ข้อมูลทางระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยง มีการปรับปรุงข้อมูลสถิติความชุกของโรคและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ให้ตรงกับข้อมูลปัจจุบันมากขึ้น
2. เพิ่มความชัดเจนของภาษา ปรับแก้ถ้อยคำที่กำกวมในเกณฑ์การวินิจฉัยเดิมเพื่อลดความสับสนในการนำไปใช้จริงทางคลินิก
3. คำนึงถึงความหลากหลายและลดอคติ โดยปรับปรุงภาษาที่ใช้เรียกเพศ (gender) เชื้อชาติ และวัฒนธรรม ให้มีความเหมาะสมและลดการตีตรา (stigma) มากขึ้น เช่น การใช้คำว่า “Latinx” แทน Latino/Latina ในบางบริบท หรือ “racialized” แทนคำระบุเชื้อชาติแบบเดิมที่อาจดูเป็นการแบ่งแยก (discriminatory)
4. เพิ่มภาวะวินิจฉัยใหม่ โดยมีการเพิ่มรหัสโรคใหม่ที่สำคัญ เช่น prolonged grief disorder ซึ่งได้รับการยอมรับจากการศึกษาวิจัยในช่วงหลังปี 2013

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่าง DSM-5 และ DSM-5-TR ในโรคจิตเภท

หัวข้อ	DSM-5 (2013)	DSM-5-TR (2022)	สาระสำคัญของการเปลี่ยนแปลง
เกณฑ์การวินิจฉัยหลัก (Criteria A)	ต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการ (เช่น อาการหลงผิด, ประสาทหลอน, พุดสับสน)	เหมือนเดิม	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์หลักในการระบุตัวโรค
คำอธิบายอาการ หลงผิด (Delusions)	อธิบายว่าเป็น “ความเชื่อที่ยึดติดแม้จะมีหลักฐานแย้ง”	ปรับปรุงคำอธิบายให้ชัดเจนขึ้นว่าไม่ใช่แค่ความคิดผิดปกติ แต่ต้องเป็นความเชื่อที่ “ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แม้จะมีหลักฐานขัดแย้งที่ชัดเจนก็ตาม”	เน้นย้ำความ “ฝังแน่น” (fixed belief) มากขึ้น
Command hallucination	กล่าวถึงในบริบททั่วไป	เน้นนัยสำคัญทางคลินิกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย	การประเมินความเสี่ยงและการป้องกันอันตราย