

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษา เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภทและการรักษา
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 การดำเนินโรคและการรักษา
 - 1.4 ผลกระทบของโรคจิตเภท
 - 1.5 การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 2.3 วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
3. แนวทางการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว
 - 4.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว
 - 4.2 กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยครอบครัว
5. แนวคิดการเผยแพร่วัฒนธรรมของโรเจอร์
 - 5.1 ความหมายของการเผยแพร่วัฒนธรรม
 - 5.2 กระบวนการเผยแพร่วัฒนธรรม
6. สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
หน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์

โรคจิตเภทและการรักษา

ความหมายของโรคจิตเภท

อรรถพรณ ลีอนุชวรัชช์ (2549) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

สมภพ เรืองตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทมีลักษณะที่สำคัญคือผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

สมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (American Psychiatric Association: APA, 2000) ได้กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นลักษณะอาการความผิดปกติทางด้านความคิด เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการรบกวนทางด้านอารมณ์ และความพร่องของการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง ลักษณะของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

ลักษณะที่สำคัญของโรคจิตเภทตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual Disorder Fourth Edition Text Revision [DSM-IV-TR], 2000) ได้ให้ความหมาย และแบ่งอาการตามลักษณะอาการของการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเกิดโรค และจิตแพทย์ไทยส่วนใหญ่ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคด้วยเช่นกัน (มานิช หล่อตระกูล, 2543) ส่วน แคปแลน และซาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ได้กล่าวถึง การแบ่งอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท เป็น 2 กลุ่มพอสรุปได้ดังนี้

ลักษณะอาการทางคลินิก อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

ก. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน คือ



1. การแสดงออกทางจิตที่ผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ (psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน (มาโนซ หล่อตระกุล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

2. การแสดงออกที่ผิดปกติจากปกติอย่างมากในด้านการติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม (disorganization dimension) ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) และการพูดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) (มาโนซ หล่อตระกุล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย (Sadock & Sadock, 2003) ได้แก่ หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้าย (persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน กล่าวหาว่าร้าย นินทา (delusion of reference) รวมทั้ง อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลัก ของ ชไนเดอร์ (Schneider) ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น หลงผิดคิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatic delusion) หลงผิดเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา บุชาลัทธิต่างๆ (religious delusion) หรือ หลงผิดที่เกี่ยวข้องกับการมีคุณค่า อำนาจ ความรู้ เอกสิทธิ์ หรือสัมพันธ์ภาพพิเศษกว่าผู้อื่น (grandiose delusion) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย (มาโนซ หล่อตระกุล, 2543) ได้แก่ อาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusion) ซึ่งเป็น อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลัก ของ ชไนเดอร์ (Schneider) จัดว่าเป็น อาการหลงผิดที่มี ลักษณะแปลก เป็นไปไม่ได้ อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อย เป็นเสียงหูแว่ว (auditory hallucination) อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ ทำตาม นอกจากนี้ยังเป็นเสียงอื่นๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น หลงผิดทางประสาทสัมผัส (tactile) หรือหลงผิดคิดว่าตนเองเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatic hallucination) อาการประสาทหลอน ที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย (มาโนซ หล่อตระกุล, 2543) ได้แก่ หูแว่ว และที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของลักษณะการพูดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน ผู้ป่วยไม่สามารถ รวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนสูญเสียการพูด (loose associations) ตัวอย่าง อาการ เช่น การพูดที่ไม่สอดคล้องกัน (incoherent speech) หรือ การพูดอ้อมค้อมไม่ตรงประเด็น (tangentiality) เป็นต้น ส่วนการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน ผู้ป่วยแต่งตัว สกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคน จู่ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น (Kaplan & Sadock, 2000)

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดฯวิจัย	
วันที่.....	๗ ๒๕๕๕
เลขทะเบียน.....	245804
เลขเรียกหนังสือ.....	

ข. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ พุดน้อย (alogia) เนื้อหาที่พุดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก (affective flattening) หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร (avolition) เก็บตัว เฉยไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (asociality) ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้น มักพบในระยะหลังของโรคและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก (Kaplan & Sadock, 2000)

ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ของโรคจิตเภท พบว่า มีเท่ากับ 0.5-1.5 ต่อ 10,000 ของ ประชากรโลก (Sadock & Sadock, 2003) และมีความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1000 ความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1000 เพศหญิง และเพศชายพบได้พอๆ กัน เพศชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าเพศหญิง อายุพบในช่วง 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือพบในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

ปัจจัยเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทไม่อาจสรุปได้ว่า มาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; Kaplan & Sadock, 2000) ได้อธิบายสาเหตุการเกิดโรค เช่นเดียวกันว่า ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท เกิดจากสาเหตุ 3 ประการ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factors) จากการศึกษาคู่มือ ดำราของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2548) ได้อธิบายไว้ ดังนี้

1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาคู่มือ พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ ความสัมพันธ์ ความเสี่ยง (%) มีดังนี้ ประชากรทั่วไป (1.0) พี่น้องของผู้ป่วย (8.0) ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย (12.0) คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ) (12.0) ลูกที่พ่อและแม่ป่วย (40.0) คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน) (47.0)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมุติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า โรคนี้เกิดจากการทำงานของโดปามีน เพิ่มขึ้น (dopaminergic hyperactivity) โดยเฉพาะในบริเวณ มีโซลิมบิก (mesolimbic) และ มีโซคอร์ติคอล แทร็ค (mesocortical tract) ทั้งนี้ อาจเป็นความผิดปกติของตัวรับสารสื่อประสาทส่วนปลาย (post-synaptic receptor) เนื่องจากพบว่า ยารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นโดปามีน รีเซปเตอร์ ชนิดที่ 2 (dopamine receptor type 2)

1.3 กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มีเวนทริเคิล (ventricle) โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่นบางรายงานพบว่า มีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณลิมบิก (limbic) และเพอริเวนทริเคิล (periventricle)

1.4 ประสาทสรีรวิทยาพบว่า การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral blood flow) และการเผาผลาญน้ำตาล (glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) เชื่อว่า อาการด้านลบ และอาการด้านความคิด มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ผิดปกติ ของ ฟรอนทอลโลบ (prefrontal lobe dysfunction)

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม (family and social factor)

2.1 เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed-emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

2.2 ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) トラバจนปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ แนวคิดความเครียด (stress-diathesis model) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้ม หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยรวมกัน (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิช หล่อตระกูล, 2541)

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยทางด้านจิตใจที่ส่งผลให้เกิดโรคจิตเภท ได้แก่

1) พัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยา ที่เชื่อว่า ในวัยเด็กมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัวพบความผิดปกติ เช่น ความผิดปกติของการเรียนรู้ การควบคุม พฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นต้น 2) ความขัดแย้งในใจที่เกิดจากสภาวะขาดมนุษยธรรมชาติ และไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง 3) ความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และการขัดแย้งกับผู้อื่นทำให้เกิดความคับข้องใจ (อรพรรณ ลือบุญรัชชย์, 2549) และ 4) ความเครียดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นทำให้เป็นโรคจิตเภทได้ง่ายขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่า ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ 2) ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม 3) ปัจจัยทางด้านจิตใจ แต่ไม่ว่าจะเกิดจากปัจจัยใดก็ตามมักจะเกี่ยวข้องกับ การดำเนินโรค การวินิจฉัยและการรักษา ดังจะได้กล่าวต่อไป

การวินิจฉัยแยกโรค

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลักการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวช ของ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV TR) พิจารณาตามเกณฑ์อาการ และอาการแสดงของโรคจิตเภท (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิช หล่อตระกูล, 2541; สมภพ เรืองตระกูล, 2548; อรพรรณ ลือบุญรัชชย์, 2549) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. ความผิดปกติทางจิตที่เกิดภายหลังจากการใช้สารเสพติด (secondary and substance-induced psychotic disorders) เนื่องจากอาการโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในกรณีของอาการเพ้อคลั่ง (delirium) และจากสารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน และเหล้า นอกจากนี้ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อหรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า มีสิ่งบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพ้อสับสน มีอาการขณะอายุมาก หรือตรวจพบความผิดปกติทางกายที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการโรคจิต

2. ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (mood disorders) ภาวะที่ไม่อยู่นิ่ง มีอารมณ์ครื้นเครง รื่นเริงกว่าปกติ (mania) หรือ ซึมเศร้า (depression) นั้นผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคจิตได้ซึ่งแยกยากจากโรคจิตเภท อาจสังเกตว่าก่อนจะมีอาการของโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะที่ตรวจยังมีอาการเด่นออกมาทางด้านอารมณ์หรือไม่ นอกเหนือจากอาการของโรคจิต การเปลี่ยนแปลงที่เป็นกลุ่มอาการแสดงออกที่ผิดปกติโดยทั่วไป (vegetative symptoms) อาจช่วย

บอกได้บ้าง นอกจากนี้ ประวัติชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติอาจช่วยด้วย เนื่องจากพบว่า มักจะเป็นเหมือนกัน

3. อาการหลงผิด (delusional disorder) ในการหลงผิดนั้น ลักษณะของอาการหลงผิดไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

4. ความผิดปกติของบุคลิกภาพ (personality disorder) บางชนิด โดยเฉพาะในกลุ่มเอ (cluster A) จะมีความคิดที่บางครั้งฟังแล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

การดำเนินโรค

ในการวินิจฉัยโรคจิตเภทจะต้องมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีอาการในระยะชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตและการทำหน้าที่การทำงาน (American Psychiatric Association [APA], 2000) ลักษณะการดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) 2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) 3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544; มาโนช หล่อตระกูล, 2546) ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ก. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน เริ่มแปลก ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลเองเรื่อยๆ

ข. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

ค. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบอารมณ์ราบเรียบ เฉยเมย (flat affect) หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการของโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรกที่พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วย



โรคจิตเภทมักจะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วย อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเภท จากที่ มานิช หล่อตระกูล (2543) ได้กล่าวไว้ มีดังนี้ ระยะเวลา 5 ปี ภายหลังจากการเจ็บป่วย พบว่า 22 % กลุ่มที่ 1 มีอาการเพียงครั้งเดียว 35 % กลุ่มที่ 2 มีอาการหลายครั้ง โดยกลับสู่ภาวะปกติ หรือเกือบปกติ หลังมีความบกพร่อง (impairment) 8 % กลุ่มที่ 3 จากการเจ็บป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ 35 % กลุ่มที่ 4 มีความบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หลังการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพยากรณ์โรคที่ดี ได้แก่ 1) การเริ่มเป็นเมื่ออายุมากแล้ว (late onset) 2) ผู้ป่วยแต่งงานแล้ว 3) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัวซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) 4) การเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน (acute) มีปัจจัยกระตุ้นให้เป็นอย่างชัดเจนขณะมีเป็นมีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย โดยเฉพาะอารมณ์เศร้าของโรคจิตเภท ซึ่งเป็นอาการทางบวก (positive symptom) 4) เมื่อเป็นโรคจิตเภทแล้วมีระบบที่ให้การประคับประคองดี (support system) 5) ก่อนป่วยผู้ป่วยมีประวัติที่ดีทางสังคม ทางการทำงาน และทางเพศ ส่วนปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ได้แก่ 1) การเริ่มเป็นเมื่ออายุน้อย 2) ผู้ป่วยเป็นโรคหรือหยาหรือหม้าย 3) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัวเป็นชนิดของโรคจิตเภท 4) ไม่มีปัจจัยกระตุ้นให้เป็นอย่างชัดเจน 5) ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมและมีลักษณะการอยู่กับตนเอง (autistic) 6) มีอาการทางด้านลบ (negative symptom) 7) เมื่อเป็นจิตเภทแล้วไม่มีระบบให้การประคับประคองที่ดี 8) ก่อนป่วยผู้ป่วยมีประวัติไม่ดีทางสังคม ทางการทำงาน และทางเพศ 9) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท

10) มีประวัติการบาดเจ็บในระหว่างการคลอด (perinatal) 11) มีประวัติทำร้ายร่างกายผู้อื่น 12) ผู้ป่วยกลับเป็นโรคหลายครั้ง และผู้ป่วยไม่เคยมีระยะของโรคสงบเลย ภายใน 3 วัน (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

ผลกระทบของโรคจิตเภท

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคจิตเภท สรุปได้ว่าโรคจิตเภทนั้นมีความรุนแรง มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน มีผลกระทบในหลายๆ ด้าน ทั้งต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ครอบครัว และสังคม โดยรายละเอียด มีดังนี้

1. ผลกระทบต่อตนเอง โรคจิตเภทชนิดตามแบบฉบับ จะมีการดำเนินโรคที่ประกอบด้วย ระยะที่โรคค่อนข้างสงบ และระยะโรคกำเริบ ถ้าโรคกลับเป็นใหม่ ผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับคืนสู่ความสามารถเดิมแม้โรคจะหายใหม่ก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทบางคนโดยเฉพาะที่เป็นปัจจุบันภายหลังหายแล้ว ผู้ป่วยอาจจะเกิดอารมณ์เศร้า การเป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความไวหรืออ่อนแอ (vulnerability) ต่อความเครียดตลอดชีวิต การเป็นจิตเภททำให้นักศึกษาเสื่อมอย่างช้าๆ เป็นเวลา 5 ปี หลังจากนั้นการเสื่อมจะทรงตัวโดยตลอด อาการทางบวก (positive) จะรุนแรงลดลงเมื่อนานขึ้นแต่อาการทางลบ (negative) จะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โดยภาพรวมแล้ว ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะคือ ไม่มีเป้าหมาย ไม่ทำงาน อยู่โรงพยาบาลบ่อย ยากจน และไม่มีที่อยู่อาศัย

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลกระทบของการเป็นโรคจิตเภทมิได้ทำให้นักศึกษาเสื่อมเสมอไปร้อยละ 20 ถึง 30 จะมีชีวิตกลับเป็นปกติ อีกร้อยละ 20 ถึง 30 จะมีอาการระดับปานกลางอย่างต่อเนื่อง ที่เหลือร้อยละ 40 ถึง 60 จะมีอาการรุนแรง และกระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่ทุกด้านตลอดชีวิต

2. ผลกระทบต่อครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน การที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยแต่จะเป็นผลเสียต่อการปรับตัวซึ่งจะมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว (ทัศนีย์ เชื้อมทอง และदारुङ หนูแก้ว, 2550) ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจึงได้รับผลกระทบโดยตรง เพราะลักษณะการดำเนินของโรคมีความรุนแรง และเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ผลจากการเจ็บป่วยแต่ละครั้งของผู้ป่วย จะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเสื่อมลง (American Psychiatric Association [APA], 1994) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ รู้สึกเป็นดราม่า (Greenberg et al., 1993) ส่งผลให้เพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแล

3. ผลกระทบต่อสังคมและชุมชน พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปชุมชน เมื่อมีอาการทางจิต จะทำความเดือดร้อน เช่น ทำร้ายผู้อื่น เนื่องจาก มีอาการ หวาดระแวง หลงผิด หรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทรมานทำลายของ เป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538) บางรายมีพฤติกรรมเป็นที่น่าสนใจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535) หรือ มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เช่น โรคเอดส์ และมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าคนปกติ ดังการศึกษาของ มาเลท (Mallakh, 1998) ที่พบว่า ร้อยละ 51 ของผู้ที่เป็นโรคจิตมักติดสุราหรือสารเสพติด

สรุปได้ว่าปัญหาสำคัญที่พบในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผลกระทบ คือ ปัญหาการสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน ปัญหาการยอมรับจากสังคม รวมทั้งมีอาการของโรคหลงเหลืออยู่ ทำให้เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ และประเทศ ส่งผลกระทบให้ประเทศชาติขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่า ในแต่ละปี จะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปี เพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2552)

การรักษา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) แบ่งการรักษาโรคจิตเภทตามระยะอาการ ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การรักษาในระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) การรักษาที่ควรได้รับได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หลักการที่สำคัญ คือ ในระยะนี้ต้องค่อยๆ ลดความรุนแรงของอาการทางจิตลง โดยต้องค่อยๆ เพิ่มขนาดยาอย่างสม่ำเสมอในช่วงสองสามวันแรก จนกระทั่งอาการทางจิตเริ่มทุเลาจึงค่อยๆ ปรับลดขนาดยาลง ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยไฟฟ้า

2. การรักษาในระยะคงเสถียรภาพ (stabilization phase) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบแล้ว ลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ทีละน้อย แล้วต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทุกวัน ในช่วงที่กำลังลดยาถ้ามีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นหรือกลับคืนมาอีก จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาทีละน้อย จนสามารถควบคุมอาการได้ การรักษาที่นอกเหนือจากยาแล้วยังมีการรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ระยะคงเสถียรภาพการรักษาใช้เวลา 1-3 สัปดาห์

3. การรักษาในระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การคงสภาพอาการทางจิตโดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ระยะเวลาของระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน บางรายอาจใช้ระยะเวลานานถึง 5 ปี หรือตลอดไป จึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการไม่จำเป็นจะต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำมาก การรักษาด้วยยานอกจากจะช่วยคงสภาพอาการทางจิตของผู้ป่วยได้แล้ว ยังช่วยป้องกันอาการทางจิตกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำอีกได้ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้วในระยะนี้ยังได้รับการบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยจิตเภท มี 3 วิธีการ คือ 1) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) และหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออาการทุเลา จะต้องกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการให้ยาต้านโรคจิต และจากรายงานของสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (NIMH, 1999) พบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีอาการดีขึ้นแล้วกลับไปอยู่ในสังคมได้ 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) และ 3) การรักษาทางด้านจิตสังคม (psychosocial treatment) รายละเอียดของแนวทางการรักษาโรคจิตเภท มีหลายท่านได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. การรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatment) พูนศรี รังษิขจี และคณะ (2547) ได้กล่าวถึง วิธีการรักษาทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 การรับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องให้การรักษาภายในโรงพยาบาล จะมีลักษณะต่อไปนี้ คือ มีปัญหาในการวินิจฉัย ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง จนพฤติกรรมเสียระบบ (disorganized) และไม่เหมาะสมจนไม่สามารถจัดหาความต้องการพื้นฐานให้ตนเอง ผู้ป่วยอาจจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น

1.2 การใช้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic) ชนิดของยาต้านโรคจิต ในปัจจุบันมียาต้านโรคจิตที่นิยมใช้กันอยู่หลายชนิด สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) แบ่งการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตออกเป็น 2 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมองได้แก่ ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (typical antipsychotic drugs) และ ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (novel or conventional or atypical antipsychotic drugs)

1.2.1 ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม หลักการใช้ยากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ รักษาอาการระยะเฉียบพลันกับการให้ยาในระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

ก. ฟีนไทอะซีน (Phenothiazine) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดสารโดปามีนที่มีผลต่ออาการทูลเลลงหรือหายไป จะมีอารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม และ ความนึกคิดเหมือนปกติมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหลับง่าย และหลับสนิทขึ้น ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้มีชื่อทางการค้า ได้แก่ ลาร์แกกติล (Largactil) เมลลาริล (Mellaryl) อะนาเทนซอล (Anatensol) สตีลาซีน (Stelazine)

ข. บิวทีโรฟีโนน (Butyrophenone) เป็นยาระงับอาการทางจิต และอาการทางจิตที่ออกฤทธิ์สูง ไม่ทำให้ง่วงนอน แต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาได้ง่าย (extrapyramidal effects) นิยมใช้มากในปัจจุบัน เพราะออกฤทธิ์การรักษาได้เร็วกว่า

ค. ลาร์แกกติล (Largactil) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลันจะได้ผลดี ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญมีชื่อทางการค้าคือ ฮาลดอล (Haldol) ฮาริดอล (Haridol)

ง. ไทโอแซนทีน (Thioxanthenes) เป็นยาที่ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ ฟีนไทอะซีน ต่างกันตรงที่ยาใน 2 กลุ่มนี้บางตัวจะออกฤทธิ์ได้ผลดีต่อผู้ป่วย ยาในกลุ่มนี้ชื่อทางการค้า ได้แก่ นาเวน (Navane) ฟลูแอนซอล (Fluanxol)

จ. ไดไฮโดรอินโดลิน (Dihydroindoline) ยากลุ่มนี้ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่าการออกฤทธิ์ไม่ค่อยสม่ำเสมอเมื่อเทียบกับยากลุ่มอื่น ปัจจุบันในประเทศไทยไม่ได้ใช้ยากลุ่มนี้แล้ว

1.2.2 ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ยาในกลุ่มนี้ปัจจุบันมีอยู่ 4 ชนิดได้แก่

ก. โคลซาปีน (Clozapine) หรือ ชื่อทางการค้าว่า โคลซาริล (Clozaril)

ข. เรสเพอริโดน (Risperidone) ชื่อทางการค้า คือ เรสเพอรินเดล

(Rispermindal)

ค. โอลานซาปีน (Olanzapine) ชื่อทางการค้าคือ ไซเปอซา (Zyprexa)

ง. คิวติลปีน (Quetiapine) ชื่อทางการค้าคือ ซีโรควีน (Seroquel)

การออกฤทธิ์ของยาด้านโรคจิต (actions)

แต่เดิมสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ที่มากเกินไปของสารโดปามีน ทั้งนี้พบว่า ยากลุ่มดั้งเดิมที่ใช้รักษาโรคจิตทุกชนิดนั้น ออกฤทธิ์ต่อ Dopamine D2 receptor ส่วนในปัจจุบันมีการศึกษาค้นพบยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ การออกฤทธิ์ของยาโดยปิดกั้น D2 receptor และ ยา 5- Ht 2A (serotonin) ยากลุ่มใหม่นี้จะรักษาอาการทางจิตด้านลบได้ดีกว่ากลุ่มดั้งเดิมในขณะที่อาการด้านบวกรักษาได้ดีเท่ากัน การเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาน้อยกว่ายากลุ่มดั้งเดิม และสามารถให้วันละ 1 ครั้งได้ เนื่องจากครึ่งชีวิตของยามีระยะเวลาที่ยาวนาน แต่ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่มีราคาสูงกว่ายาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

ผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต (adverse effects)

ยาต้านโรคจิตหลายชนิดก่อให้เกิดอาการผิดปกติบางอย่าง จากการศึกษาระบาดวิทยา ตำราที่เกี่ยวข้อง ของ พูนศรี รังษิขจิ และคณะ (2547) ซึ่งได้กล่าวถึง ผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิตไว้ดังต่อไปนี้

1. ฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic effects) ประกอบด้วย ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ท้องอืด ปัสสาวะลำบาก ขากรายอาจมีปัสสาวะคั่ง รูม่านตาขยาย และต่อหิน ผู้ป่วยที่ได้รับยาโคลซาปีน (Clozapine) มักจะมีน้ำลายยืด และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

2. อาการเอ็กซ์ตราไพราไมด์ (extrapyramidal effects ประกอบด้วย อาการเหล่านี้ คือ

2.1 ดิสโทเนีย (dystonia) มักเกิดระหว่าง 1 ชั่วโมงถึง 5 วัน หลังเริ่มรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อาการที่พบคือ คีรษะและคอขยับไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่น ตาค้าง และเหลือบขึ้นบนจนมองไม่เป็นตาดำ บางรายลิ้นโต ยึดคับปาก และสั่น

2.2 อะคาทิสียา (akathisia) มักจะเกิดภายใน 5 ถึง 40 วัน หลังเริ่มใช้ยา กลุ่มนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกตื้อตัน กระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาสั่น ง่วงงุน ซึม ซึ่งมีลักษณะคล้ายความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิตจะต้องคำนึงถึงอะคาทิสียาไว้ด้วย

2.3 อาการเหมือนพาร์กินสัน (Parkinson like syndrome) ประกอบด้วย มือสั่นขณะพัก กล้ามเนื้อเกร็ง ทำเดินแบบซอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า สีหน้าไร้อารมณ์ น้ำลายไหลยืด

2.4 อะไคเนียเซีย (akinesia) แสดงอาการออกมาในรูปอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ทำทางแข็งทื่อ ในรายที่เป็นรุนแรงจะเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ และข้อต่อ

ข้อควรระวังในการใช้ยาต้านโรคจิต ดังนี้ ยาต้านโรคจิตทำให้อาการโรคจิตดีขึ้นแต่ไม่ได้ทำให้โรคจิตหายไป แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ยาที่เคยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นในอดีตก็ยังคงใช้ต่อไปได้ ยาต้านโรคจิตที่มีอยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพในการรักษาเหมือนกัน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีอาการดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้นด้วยยาต่างชนิดกัน การเลือกให้ยาต้านโรคจิตจึงเลือกตามฤทธิ์ข้างเคียงที่มีอยู่โดยทั่วไป ปัจจุบันนิยมใช้ยาต้านโรคจิตชนิดฤทธิ์แรงแม้จะมีผลข้างเคียง (adverse) ต่อระบบประสาทวิทยามากแต่นิยมใช้เพราะยาออกฤทธิ์มีผลข้างเคียงต่อระบบอื่นๆ ไม่มาก เช่น ต่อระบบหัวใจ ความดันโลหิต ต่อการชัก ทางเพศ และการแพ้เมื่อใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วควรใช้ติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ ก่อนที่จะประเมินว่าการรักษาไม่ได้ผล ถ้าการรักษาไม่ได้ผลจึงเลือกให้ยาต้านโรคจิตชนิดอื่นที่มีโครงสร้างทางเคมีที่ต่างกัน ถ้าผู้ป่วยไม่รับประทานยา ควรรักษาด้วยการฉีดยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์นานและควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาหลายๆ ชนิด แต่มีที่นิยมกัน คือ การใช้ยาต้านโรคจิตฤทธิ์แรงในตอนกลางวันและให้ยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับประสาทแรงในตอนกลางคืนเพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ ถ้าให้ยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์แรงใน

ขนาดที่ใช้ทั้งวัน โดยให้เพียงครั้งเดียวก่อนนอนก็ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้และยังคงได้ฤทธิ์ด้านโรคจิตตลอดวันในวันต่อไป (พูนศรี รังษิขจิ และคณะ, 2547)

โดยทั่วไปก่อนให้ยา ควรจะตรวจเลือดผู้ป่วยบางอย่าง เช่น CBC การทดสอบหน้าที่ของตับ คลื่นไฟฟ้าของหัวใจผู้ป่วยและต้องเพิ่มความระมัดระวังให้มากขึ้นในการใช้ยาต้านโรคจิต ถ้าผู้ป่วยแพ้ยาต้านโรคจิตอย่างรุนแรงขณะที่ผู้ป่วยได้ยาที่จะเสริมฤทธิ์ระงับประสาทของยาต้านโรคจิต หรือเสริมกันจนทำให้เกิดกลุ่มอาการเพ้อคลั่ง ผู้ป่วยมีโรคหัวใจหรือผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะชักไม่ว่าสาเหตุอาจจะมาจากปัจจัยทางอินทรีย์ หรือไอดีโอพาติก (idiopathic) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นต่อหินถ้าได้ยาต้านโรคจิตชนิดที่มีฤทธิ์ต่อต้านการแพ้ (Anticholine) ส่วนยากล่อมประสาท (Neuroleptic) หรือ เมเจอร์ทรานควิลเลอร์ (Major tranquilizer) โดยทั่วไปจะมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ 1) ยาที่ออกฤทธิ์ต่อต้านการหลั่งสารโดปามีน (dopamine receptor antagonist) 2) โคลซาปีน (Clozapine) ยากลุ่มแรกจะเป็นยาที่ใช้เป็นลำดับแรก (first-line drug) ในการรักษาโรคจิตเภท ส่วนยาโคลซาปีน (Clozapine) ไม่ได้ออกฤทธิ์ D2 receptor antagonist จึงไม่ออกฤทธิ์ต่อต้านจนทำให้เกิดกลุ่มอาการที่ไม่พึงประสงค์ (extrapyramidal tract symptom) ปัจจุบันทราบว่ายาโคลซาปีน (Clozapine) ออกฤทธิ์บล็อกซีโรโตนินรีเซปเตอร์ (block serotonin receptor) ใช้ยานี้เป็นลำดับที่ 2 ในการรักษาโรคจิตเภท ซึ่งหมายความว่า ถ้ารักษาด้วยยาลำดับแรกแล้วไม่ได้ผลจึงใช้ยานี้ จากสถิติที่ผ่านมาผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องใช้ยานี้ในการรักษา คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ (negative) ยานี้ใช้เป็นลำดับที่ 2 เนื่องจากพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 1-2 ที่ใช้ยานี้จะไปกดไขกระดูกโดยเฉพาะ (agranulocytosis) ในขณะที่ใช้ยาจึงต้องตรวจ CBC ทุกสัปดาห์ และยามีราคาแพง (พูนศรี รังษิขจิ และคณะ, 2547)

ในระบะที่มีอาการอย่างเฉียบพลันและมีอาการรุนแรง ยาต้านโรคจิตที่ใช้จะต้องได้ขนาดเทียบเท่ากับ ยาคโลโปรมาซีน (Chlorpromazine) 400-600 มิลลิกรัมต่อวัน การใช้ขนาดสูงกว่าไม่ได้ทำให้หายเร็วขึ้นหรืออาการดีขึ้นแต่พบว่า เมื่อการรักษาผ่านจากระยะแรกไปแล้วก็จะเข้าสู่ระยะคงการรักษา (maintenance) ระยะนี้จะควรลดระดับยาลงให้เหลือน้อยที่สุดเพื่อป้องกันอาการกำเริบอีก ในขณะที่เดียวกันอาการต้องสงบไม่รบกวนต่อการทำหน้าที่ทางจิตสังคม การใช้ยาระดับต่ำจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็น ทาร์ดีฟ ดิสไคเนียเซีย (tardive dyskinesia) ในขณะที่การลดยาลงจะต้องให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองถ้าผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ ในการลดระดับยาจะต้องทำอย่างช้าๆและระมัดระวัง ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านโรคจิต ซึ่งเป็นสิ่งที่แพทย์และพยาบาลจะต้องดูแล และควรจะศึกษาเรื่องยาต้านโรคจิตให้ละเอียดก่อนจะใช้ยานี้ ยาอื่นๆ ที่อาจจะใช้ในการรักษาโรคจิตเภท ได้แก่ ยาคาร์บามาซีปีน (Carbamazepine) ซึ่งต้องใช้ร่วมกับยาต้านโรคจิตเพื่อรักษาพฤติกรรมรุนแรง (violence) ที่มีในผู้ป่วยจิตเภทบางคน



ยาเป็นโซโคอาซีปีน (Benzodiazepine) ก็อาจจะใช้ร่วมกับยาด้านโรคจิตในระยะแรกๆ เพื่อให้ผู้ป่วยง่วง และช่วยควบคุมพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง (agitation) แต่การใช้ยา เป็นโซโคอาซีปีน (Benzodiazepine) ไม่ควรใช้นานเกินกว่า 2-3 วัน เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยพึ่งพิงยาได้ (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

1.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT])

การรักษาด้วยไฟฟ้าจะได้ผลดีในระยะที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปดี และเหมาะสมกว่าการใช้กระแสไฟฟ้าในกรณีที่ผู้ป่วยคือต่อต้านยาโรคจิตหรือเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยามาจนรักษาด้วยยาด้านโรคจิตไม่ได้ผล การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า ดังนี้คือ ผู้ป่วยเป็นชนิด คาทาโทเนีย (catatonic) แบบ งง สับสน (Stupor) หรือ ตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยและมีควยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล (สมภพ เรืองตระกูล, 2545; Kaplan & Sadock, 2000) การรักษาด้วยการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า วิธีนี้ได้ผลสู้ยาด้านโรคจิตไม่ได้แต่จะใช้ผลดีมากสำหรับจิตเภทชนิด คาทาโทเนีย (catatonia) และผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาด้านโรคจิต

1.4 การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น จิตศัลยกรรม (Psychosurgery) โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า (frontal lobotomy) ปัจจุบันไม่ใช้วิธีนี้ในการรักษาจิตเภทแล้ว (พูนศรี รังษิณี และคณะ, 2547)

2. การรักษาทางด้านจิตสังคม แม้ว่ายาด้านโรคจิตจะเป็นหลักในการรักษาจิตเภท แต่การรักษาทางด้านจิตสังคมจะช่วยเพิ่มพูนทำให้อาการทางจิตดีขึ้น การรักษาจึงควรจะทำควบคู่กันไปทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาทางด้านจิตสังคม ดีกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวหรือการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง การรักษาทางด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

2.1 การรักษาทางพฤติกรรมหรือพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เป็นการรักษาที่ฝึกพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในสังคม รวมทั้งการให้สิทธิพิเศษที่ผู้ป่วยต้องการอย่างเหมาะสมครอบครัวบำบัดโดยใช้หลักการเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดำเนินชีวิตกับครอบครัว และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นที่มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ถึงแม้บางรายยังได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ยังต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวด้วย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ และกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

2.2 จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม (individual & group psychotherapy) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทางจิตใจด้วยการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับผลดีจากการรักษา

ทางจิตบำบัดแบบประคอง ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหของตนได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ผู้บำบัดอาศัยสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกระบวนการกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมา เช่น ทักษะทางสังคม ทักษะการปรับตัว เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การที่สมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้จิตแพทย์ต้องเข้าใจครอบครัวให้มากขึ้น ครอบครัวอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สมาชิกเป็นจิตเภท ครอบครัวอาจจะโกรธที่สมาชิกป่วยเป็นจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่ในครอบครัว ครอบครัวจะปฏิบัติหรือดูแลผู้ป่วยอย่างไร ครอบครัวควรจะเป็นอย่างไรเพื่อจะช่วยลดการกลับเป็นโรคอีก เราทราบว่าครอบครัวที่มีภาวะกดดันทางอารมณ์ จะทำให้โอกาสกลับไปเป็นโรคสูง เหล่านี้ทำให้ทีมผู้รักษาพยาบาลต้องไม่ละทิ้งการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยจะต้องแนะนำวิธีที่ครอบครัวควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยทำสิ่งเหล่านี้เพื่อลดอัตราการที่จะกลับเป็นโรคให้น้อยลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2545)

2.4 การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ถึงแม้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตจะได้ผลดีในการรักษาอาการทางจิตใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แต่อาการแสดงออกทางพฤติกรรมบางอย่างอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย ส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น แรงจูงใจ การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเพราะเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคนี้ มักเริ่มมีอาการตั้งแต่ในระยะต้นของชีวิตคือ 18 – 35 ปี ส่งผลมาถึงการประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิตและทักษะทางสังคมบกพร่องไปด้วย ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับการฟื้นฟูสภาพในด้านการฝึกทักษะทางสังคม การประกอบอาชีพ การแก้ปัญหา และทักษะการจัดกับอารมณ์ และความเครียด ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ทักษะต่างๆเหล่านี้สามารถนำมาใช้อย่างได้ผลในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกที่อยู่ในระยะอาการสงบ และใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (NIMH, 1999)

จะเห็นได้ว่า การป่วยด้วยโรคจิตเภทซึ่งการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับขึ้นอยู่กับระยะของอาการ ได้แก่ ระยะอาการเฉียบพลัน ระยะคงเสถียรสภาพ และระยะคงสภาพการรักษา ทุกระยะมีความจำเป็นในการใช้ยาที่แตกต่างกัน เช่น ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงการใช้ยาในระยะนี้เพื่อสงบอาการทางจิตของผู้ป่วย ส่วนในระยะที่อาการทางจิตทุเลาผู้ป่วยยังควรได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานทั้งๆที่ไม่ปรากฏอาการของอาการทางจิตนั้น อาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น การเบื่อการรับประทานยา ลืมรับประทานยาหรือไม่ยอมรับประทานยาเลย ซึ่งอาจส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น แนวทางในการบำบัดรักษาโรคจิตเภทนั้นต้องดูว่ามีความรุนแรง มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง หรือถ้าการพยากรณ์โรคไม่ดี ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน มีผู้ที่เป็โรคจิตเภทจำนวนหนึ่งที่เป็นครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็นซ้ำ 2-3 ครั้ง แต่ครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนป่วยแต่พบได้น้อยมากซึ่งส่วนใหญ่หลังจากการรักษาจนอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง การดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ ระยะอาการหลงเหลือ ลักษณะการดำเนินโรค มีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบ การรักษา ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคมขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาในการรักษาโดยทั่วไป คือ 6 เดือนถึง 2 ปี บางรายอาจใช้เวลานานถึง 5 ปี หรือตลอดไป โดยแนวทางในการบำบัดรักษาโรคจิตเภทแต่ละวิธีนั้นล้วนมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดความรุนแรงของโรคให้ได้มากที่สุด

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความหมายเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา

ความร่วมมือ (adherence) มีความหมายในทางบวก หมายถึง การที่บุคคลมีความยินดี และเต็มใจในการปฏิบัติตามพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Vivian, 1996; Keith & Kane, 2003) ความร่วมมือ (adherence) มีนิยามของการกินยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ (adherence) “การกินยา ถูกต้อง ตรงเวลา สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจในการกินยาอย่างเต็มที่” (ธิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล, 2549) ดังนี้

1. ถูกต้อง หมายถึง ถูกต้อง ทั้ง ชนิด ขนาด วิธี วิธี และเวลา
2. ตรงเวลา หมายถึง คลาดเคลื่อนจากเวลาปกติไม่เกินครึ่งชั่วโมง
3. สม่ำเสมอ หมายถึง กินตรงเวลาเดียวกันทุกวัน
4. ต่อเนื่อง หมายถึง กินยาต่อเนื่องตลอดไป

ได้มีผู้ให้ความหมายความร่วมมือในการรักษาไว้หลายท่าน ดังนี้

วิเวียน (Vivian, 1996) ได้ศึกษาการให้ความหมายของคำว่า “ความร่วมมือ” ผลการศึกษาพบว่า การร่วมมือหมายถึง การแบ่งความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับผิดชอบบริการเพื่อ ให้บรรลุตามเป้าหมายของการรักษาที่วางไว้

กลาสเบอร์เกน (Glasbergen, 1998) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพ

แคปแลน และซาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ให้ความหมายของความร่วมมือไว้ว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นความเห็นวามแน่นในพฤติกรรมของบุคคลต่อการใช้จ่าย การรับประทานยาหรือแม้แต่เปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องไปกับการรักษา หรือคำแนะนำด้านสุขภาพ

โฮล์มส์ (Holmes, 2003) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ระดับของการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ รับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลาที่รับประทานในแต่ละวัน ใส่ใจในอาการของตนเอง และติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง

วอง (Wong 2003) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาว่าเป็น ลักษณะของผู้ที่รับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอตามขนาด และระยะเวลาที่กำหนดไว้ใน แผนการรักษา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจะดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วย แต่ละคนว่าปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ ผู้ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ดีจะมีการรับประทานยาที่ ถูกต้องตามขนาดและเวลา มาตรวจตามนัด และเฝ้าระวังติดตามผลการรักษาของตนเองอย่าง สม่ำเสมอ (HIMH, 2003)

ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงเป็นการประเมินค่าของผู้ป่วย ถึงการปฏิบัติที่ มีต่อแผนการรักษาในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาตามขนาดและเวลารวมไปถึงความถูกต้องและ ต่อเนื่องตามแผนรักษา วอง (Wong, 2003) กล่าวถึง ความต่อเนื่องของการรักษา (treatment persistence) พบว่า มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา (medication adherence) (Cramer, 2003) การที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับการยอมรับการเจ็บป่วย และการยอมรับการรักษา ไคท์ และเคน (Keith & Kane, 2003) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ ผู้รักษามีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ถ้าผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ ดีต่อกันจะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาได้ (Kaplan & Sadock, 1998) การปรับขนาดยาให้ง่าย และเหมาะสม เฮย์เนส และคณะ (Haynes et al., 2005) ได้ทบทวนหลักฐานอย่างเป็นระบบเรื่อง วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่า การใช้วิธีการปรับขนาดยาให้ง่ายและ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายสามารถทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทั้งในระยะสั้นและ ระยะยาว

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความเต็มใจและยินดี ที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้เกิดผลดีต่อทั้งสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการรักษา ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จึงหมายถึง พฤติกรรมของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในการปฏิบัติตามแผนรักษาของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยา ซึ่งปฏิบัติอย่างถูกต้อง

มีการรับประทานยาที่ถูกต้องตรงตามขนาดและเวลา และสม่ำเสมอตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดผลดีต่อการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาการเจ็บป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีปัจจัยหลายด้าน แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย (patient-related factors) มีทั้งจากลักษณะเฉพาะ และจากลักษณะของความผิดปกติของโรคหรือภาวะเจ็บป่วย ลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา ตลอดจนความคิด ความเชื่อ ทักษะคิด ค่านิยม และประสบการณ์การเผชิญต่อความเจ็บป่วยก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา บุคคลที่มีความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณ อาจส่งผลต่อการด้านการรักษาด้วยยาได้ ส่วนในด้านลักษณะของความผิดปกติของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการรับรู้ การคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะขาดการหยั่งรู้ตนเองและไม่ยอมรับการเจ็บป่วย จึงไม่ร่วมมือในการรักษา และเมื่ออาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายแล้ว หรือไม่เข้าใจในการดำเนินโรคในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยจะได้ผลกระทบจากการสูญเสียหน้าที่ด้านการรู้ การคิด (cognitive functions) การสูญเสียด้านนี้ส่งผลมาถึงความบกพร่องในด้านต่างๆ เช่น ทักษะชีวิต และทักษะทางสังคม เป็นต้น ยิ่งผู้ป่วยมีอาการทางด้านบวกอยู่นานโดยไม่ได้รับการรักษาอาการจากการบกพร่องในด้านต่างๆ จะยิ่งมีมากขึ้น และอาการของโรคในระยะหลงเหลือก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แม้ได้รับการรักษาส่วนใหญ่จะพบว่า อาการในระยะหลงเหลือ คือ อาการทางลบ (negative symptoms) ก็คงยังมีอยู่ แต่จะไม่รุนแรงหรือรบกวนต่อผู้ป่วยเหมือนในระยะเริ่มแรกที่เป็นมากนัก อาการทางด้านลบ จะเป็นๆหายๆ ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่รับประทานยาเลย (Kaplan & Sadock , 2000)

ในด้านทัศนคติต่อการรักษาในผู้ที่โรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาเพราะคิดว่ารักษาแล้วไม่ได้ผลก็จะไม่ร่วมมือในการรักษา (Hogan & Awad, 1992; Keith & Kane, 2003) นอกจากนี้ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาคือตัวแปรด้านจิตใจ (motivation) ตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน (self efficacy) และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) (Litt, 2000) ผู้ป่วยมักไม่เชื่อว่าตนป่วยจึงปฏิเสธการรักษาหรืออยู่ในภาวะที่มีความสามารถในการคิดยังอยู่ในภาวะผิดปกติ จึงไม่สามารถจำได้ว่าตนเองรับประทานยาประจำวันอย่างไร ผู้ป่วยบางรายมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยในระหว่างการรักษา (Holmes, 2003)

2. ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษา (medication-related factors) ยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตใจในผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดขึ้นจากความเชื่อของการเกิดโรค ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติจากปฏิกิริยาในสมอง ยาต้านโรคจิตที่ใช้รักษาอาการทางจิตในปัจจุบันพบว่า มีทั้งยากลุ่มดั้งเดิมและยากลุ่มใหม่ ในระยะอาการทางจิตรุนแรงจะใช้ยาที่สามารถสงบอาการของผู้ป่วยลงได้เมื่ออาการทางจิตทุเลาจะมีการปรับขนาดลงแต่จะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปอีกสักระยะหนึ่งเนื่องจากการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดในการรักษาโรคจิตในปัจจุบัน (Kaplan & Sadock, 2000) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือรับประทานยาสม่ำเสมอมีโอกาสกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Patterson, Lacro, McKibbin, Moscona, Hughs, & Jeste, 2002)

3. ปัจจัยด้านแผนการรักษา (treatment regimens) ปัจจัยด้านนี้หมายถึงแผนการรักษาด้วยยาซึ่งขึ้นอยู่กับวิธีการที่ยาเข้าสู่ร่างกาย ผลของยาในการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ยาที่ให้ผลการรักษาที่รวดเร็วจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษาเท่ากับยาที่ให้ผลการรักษาช้าแต่ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษายาวนาน จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละครั้ง การรับประทานวันละหลายครั้ง ครั้งละหลายเม็ดความร่วมมือในการรักษาจะแตกต่างกัน วิธีการรักษาที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและกระทบต่อพฤติกรรมปกติของผู้ป่วยจะทำให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลงระยะเวลาหลังเริ่มการรักษาได้ 1 ปี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะลดลงเหลือร้อยละ 50 และความร่วมมือในการรักษาสูงสุด คือ ภายใน 6 เดือน (Perri, 2003)

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment-related factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (social system) หลังจากที่ผู้ได้รับการรักษาด้วยยาจนอาการทุเลา แพทย์ผู้รักษาจะจำหน่ายผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นดูแลผู้ป่วยในชุมชนจึงมีความสำคัญที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ ผู้มีบทบาทสำคัญดังกล่าวนี้ ได้แก่ ญาติ เพื่อน หรือบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน (Kaplan & Sadock, 2000)

5. ปัจจัยด้านครอบครัว (family factor) เกิดจากครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแล (ยอดสร้อย วิวะวรรณ, 2543) ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางส่วนไม่มีความเข้าใจด้านยารักษาต้านโรคจิต เช่น ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหยุดรับประทานยาเพราะไม่ยอมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต (วาสนา ปานดอก, 2545) และพบว่า ผู้ดูแลไม่มีความรู้เรื่องโรคจึงไม่ตระหนักว่าเป็นอาการด้านลบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เกิดจากการเจ็บป่วย แต่มองว่าเกิดจากบุคลิกภาพจึงทำให้มีอาการกลับเป็นซ้ำอีก (Harrison, Dadds, & Smith, 1998) และจากการศึกษาของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว เกี่ยวกับการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ



พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และสามารถทำนายความสำเร็จในการรักษาในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้

6. ปัจจัยด้านผู้รักษา (Clinical - related factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยบางคนมีปัญหากับผู้รักษา เช่น การที่ผู้รักษาไม่ใส่ใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล การไม่ยืดหยุ่นในข้อตกลงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้ป่วยรักษาไม่ได้ให้ความสนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาของผู้ป่วย ถ้าผู้รักษาและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อการรักษาได้ (Kaplan & Sadock, 2000)

โดยสรุปจะเห็นว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และในผู้ป่วยบางรายเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แต่ละปัจจัยล้วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการรักษาแทบทั้งสิ้น ส่วนปัจจัยดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนบำบัดรักษาได้ตรงตามลักษณะของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ต่อไป เช่น หากความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเกิดจากยาที่ใช้รักษา ทีมผู้รักษาสามารถปรับยาที่ใช้รักษาให้เหมาะสมและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด หรือหากเกิดจากผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางสังคม ทีมการรักษาสามารถวางแผนร่วมกับแหล่งสนับสนุนอื่นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป แต่ปัจจัยที่เชื่อว่าพบได้มากและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเองผู้ป่วยเอง อาจเกิดจากการเจ็บป่วย และจากลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยรวมไปถึงความคิด ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม หรือปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละปัจจัยได้รับการประเมินเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือได้ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การมีแนวทางหรือวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำให้ลดการกลับเป็นซ้ำและการกลับมารักษาใหม่ได้ ซึ่งเห็นได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านพบว่า มีผู้ที่ให้ความหมายของวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไว้หลายท่าน ดังนี้ 1) แมคโดนัลด์ และคณะ (McDonald et al., 2002) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า การให้ความรู้กับผู้ป่วยอาจใช้วิธีการสอนแบบปากเปล่า หรือการใช้โปรแกรมการสอน ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาแก่ผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการให้แรงเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา คือ การลดความถี่ในการมาตรวจสำหรับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีอาการสงบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจให้มารับการ

ตรวจรักษาได้อย่างต่อเนื่อง 2) ริดา และมาโคฮัล (Reda & Makhoul, 2001) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง การส่งเสริมความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย เพื่อดูประสิทธิภาพของการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด วิธีในการกระตุ้นเตือนง่ายๆ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด ได้แก่ การส่งจดหมาย และการใช้โทรศัพท์เตือนในระยะเวลาที่ใกล้ถึงวันนัด อาจจะได้รับความสะดวกจากผู้ป่วย ทำให้มารับการตรวจรักษาตามนัดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) เฮนส และคณะ (Haynes et al., 2005) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง วิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่าการผสมผสานหลายๆ วิธีการ เช่น การให้คำแนะนำ การให้การศึกษา การทำครอบครัวบำบัด หรือการติดตามทางโทรศัพท์ เหล่านี้จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 4) สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาอยู่ในระดับที่สูงขึ้น และ 5) ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และคณะ (2548) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว สามารถนำมาใช้เตรียมความพร้อมและพัฒนาทักษะของผู้ดูแลให้เข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค บทบาทของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ของการดูแล ประกอบด้วย การดูแลกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค 3) การดูแลด้านการบริหารยา และทักษะการดูแลซึ่งมีทั้งหมด 14 ทักษะที่ใช้ในการดูแลครอบคลุมกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้านโดยเฉพาะทักษะด้านการบริหารยา จึงสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

สรุปได้ว่า วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลายวิธีการซึ่งแต่ละวิธีล้วนช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องได้ นั่นก็คือการให้ความรู้ทั้งตัวของผู้ป่วยเองหรือการให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมการสอนกับผู้ดูแลด้วยวิธีการต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาข้างต้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการศึกษานี้โดยให้บุคลากรทีมสุขภาพนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาใช้ในผู้ดูแลแล้ววัดผลลัพธ์ด้านความร่วมมือด้วยยาเมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น สามารถให้การดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินประจำวันของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลที่ดีต่อการรักษา ดังนั้นหากผู้ป่วยขาดผู้ดูแลขาดแรงจูงใจ ขาดความใส่ใจในการปฏิบัติเพื่อความร่วมมือในการรักษา เช่น ขาดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอแล้วจะทำให้มีโอกาสดังกลับเป็นซ้ำสูง (Kaplan & Sadock, 2000) การ

วางแผนบำบัดรักษาได้ตรงตามลักษณะของปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแนวทางในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา การปฏิบัติและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง การรู้จักใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่โดยเฉพาะครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หากได้เพิ่มทักษะการดูแลในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการบริหารยาเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลให้บริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยา ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องส่งผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น

แนวทางการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและในผู้ป่วยบางรายเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันหลายแนวทาง การที่จะส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทนั้นขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของการรักษาผู้ป่วยแต่ละโรคซึ่งจะมีการรักษาที่แตกต่างกัน สามารถวัดได้หลายอย่างด้วยตัวบ่งชี้ที่แตกต่างกันของการกระทำที่บ่งชี้ให้ทราบถึงความร่วมมือในการรักษา การวัดความร่วมมือในการรักษาในหลายๆวิธีจะดีกว่าวิธีเดียว ต้องวัดอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในเรื่องกฎเกณฑ์ข้อบังคับ หรือข้อเสนอแนะที่จะให้ต่อผู้ปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีในการรักษาโดยต้องสอดคล้องกับแผนการรักษา นอกจากนี้การที่จะเลือกจะวัดแบบใดควรคำนึงถึงราคาและความตระหนักของผู้วัดต่อวิธีการนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่าแนวทางการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลายวิธี ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินอาการทางจิต

การประเมินอาการทางจิต เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการทางจิตสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการรักษาว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่ โดยประเมินจากการมีอาการที่เป็นมากขึ้นหรือน้อยลงจากเดิม

2. การวัดความเข้มข้นของระดับยาในกระแสเลือดหรือในปัสสาวะ

เครื่องมือวัดผลลัพธ์ของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยใช้การวัดหาความเข้มข้นของระดับยาในกระแสเลือดหรือในปัสสาวะ ซึ่งในผู้ป่วยบางรายที่ทราบว่าจะถูกตรวจหาระดับยาอาจจะมีรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และเมื่อไม่มีการตรวจหาระดับยา ก็จะละเลยการรับประทานยาได้ และในการตรวจหาระดับความ

เข้มข้นของยาแบบนี้ ต้องคำนึงถึงจริยธรรมและสิทธิของผู้ป่วยด้วย และข้อจำกัดของวิธีการตรวจแบบนี้มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง (Vik et al., 2004)

3. การสัมภาษณ์

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพทำการประเมินความรู้เกี่ยวกับยา การประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยเทียบกับจำนวนของยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเป็นการประเมินความร่วมมือในการรักษา ซึ่งวิธีนี้ผู้ประเมินอาจเกิดการลำเอียงได้ จึงมีการใช้วิธีการประเมินแบบนี้ค่อนข้างน้อยในการศึกษาวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4. การใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการใช้แบบสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง (สาธุพร พุฒขาว, 2542), (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545)

5. การนับจำนวนเม็ดยา

การนับจำนวนเม็ดยาโดยการคำนวณค่าร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยา จากจำนวนเม็ดยาที่รับประทานไปต่อจำนวนเม็ดยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังสูตร

$$\text{ร้อยละของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา} = \frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน} \times 100}{\text{จำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่ง}}$$

วิก และคณะ (Vik et al., 2004) พบว่า วิธีนี้เป็นการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ง่ายสามารถบอกได้ถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปทั้งหมด เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ง่าย และทำได้ง่ายสามารถบอกได้ถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปทั้งหมด แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดและอาจได้ผลไม่ตรงกับความเป็นจริง ถ้าหากผู้ป่วยทำเม็ดยาหายไปหรือแอบทิ้งยาโดยไม่รับประทาน หรือให้ผู้อื่นใช้ยาร่วมด้วย

6. การประเมินตามหลักการของ 5 วิธีที่ถูกต้องในการใช้ยา

การประเมินตามหลักการใช้ยาอย่างถูกต้องมี 5 วิธีการ ดังนี้ 1) การใช้ยาให้ตรงกับโรคที่เป็น 2) การใช้ยาให้ถูกกับคน 3) การใช้ยาให้ถูกเวลา 4) การใช้ยาให้ถูกขนาด 5) การใช้ยาให้ถูกวิธี (จาก www.yourhealthyguide.com, 2007)

7. การพิจารณาความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยการพิจารณาจากความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัดโดยถือว่าผู้ที่มารับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แสดงถึงการให้ความร่วมมือในการรักษาดี (Nose, Barbui & Gray, 2003)

จากที่กล่าวมา สรุปได้ว่า แนวทางการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องนำวิธีการต่างๆ มาใช้ร่วมกัน ในการศึกษารุ่นนี้จึงใช้

แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ซึ่งประกอบด้วย การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา ความสามารถในการสังเกต และการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ประกอบด้วย คำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คำถามข้อที่ 1-9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกต และจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ดังนั้น แบบประเมินที่ผู้ศึกษานำมาใช้จึงครอบคลุมหลายวิธีการดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาใช้เพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดียิ่งขึ้นอีกประการหนึ่งด้วย

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเป็น โปรแกรมที่ผสมผสานแนวทางการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยการสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแลเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หากได้รับการส่งเสริมหรือมีเพิ่มทักษะที่จำเป็นในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชอาการและอาการแสดงต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำและคณะ (2548) ตามแนวคิด การพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และแนวทางการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมฯนี้ได้ผ่านการประเมินผลและได้รับการตรวจสอบแล้วว่าช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อีกทั้งรูปแบบมีความเป็นไปได้ที่จะนำลงปฏิบัติใช้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาทักษะของผู้ดูแล จากการนำไปใช้ในการวิจัยเชิงทดลองที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์โดย พงพันธ์ กาศสกุล (2550) ผลการศึกษาพบว่า ผลของโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเพิ่มขึ้น สามารถให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ ผู้ศึกษาเห็นว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมที่โรงพยาบาลชนแดน ที่มีกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และผู้ดูแลเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันตามบริบทของ จังหวัดเพชรบูรณ์ เหมือนกัน จึงได้เลือกใช้ในการศึกษาครั้งนี้

รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยเนื้อหาจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 กล่าวถึงความรู้และแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม

ส่วนที่ 2 กล่าวถึงตัวอย่างของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ, 2548)

ดังนั้นการให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สามารถช่วยผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และเป็นการประเมินลักษณะของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจะดีหรือไม่ นั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคนว่าปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือระดับประคับประคอง นับเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับตัวและสามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้อย่างปกติสุข ผู้ศึกษาได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ, 2548) ซึ่งมีทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งมีจุดมุ่งเน้นแตกต่างกันออกไป ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ครั้งที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ

ครั้งที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษาอื่นที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคจิตเวช

ครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ครั้งที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค

ครั้งที่ 6 ทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยา

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ประกอบด้วย กระบวนการดูแล กิจกรรมการดูแล และทักษะการดูแล ดังนี้

1. กระบวนการดูแล แบ่งออกเป็น 3 ช่วงตามสถานการณ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นจริง คือ 1) การดูแลในช่วงวิกฤตหรือฉุกเฉิน 2) การดูแลในช่วงขอความช่วยเหลือ 3) การดูแลในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติ

2. กิจกรรมการดูแลกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวช สามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน (Tungpunkom, 2000) ได้แก่ 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิด

จากภาวะโรค 3) การดูแลด้านการบริหารยา ได้แก่ การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา การปรับยาตามความจำเป็นภายใต้การปรึกษาจิตแพทย์ การเอาใจใส่ดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น การพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาที่รุนแรง และปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยา การดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแม้ว่าผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง

3. ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นทักษะที่ได้จากการเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรงของมารดาที่ดูแลลูกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ทักษะที่ใช้ในการดูแลเหล่านี้แบ่งออกเป็น 14 ทักษะ (Tungpunkom, 2000; ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ, 2548; นอร์เบค (Norbeck, 2005) ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น ดังนี้ 1) ทักษะการประเมินสังเกตอาการ 2) ทักษะการเตือน 3) ทักษะการแนะนำ 4) ทักษะการบอกสิ่งที่จริง 5) ทักษะการทำกิจกรรมแทน 6) ทักษะการสอนกำกับ 7) ทักษะการถอยห่าง 8) ทักษะการต่อรอง 9) ทักษะการใกล้ชิด 10) ทักษะการจัดการเรื่องยา 11) ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม 12) ทักษะการขอความช่วยเหลือ 13) ทักษะการจัดการถูกรังเกียจ 14) ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งพัฒนาขึ้น โดย ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2548) โดยวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค บทบาทของผู้ดูแลและทักษะการดูแลทั้ง 3 ด้านดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานแนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยการสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแลและเข้าใจธรรมชาติการดูแลตามเนื้อหาของโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย ความรู้การดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆการให้ความรู้เรื่องยา และทักษะการบริหารจัดการเรื่องยาสำหรับผู้ดูแลอย่างครอบคลุม

กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยครอบครัว

ปัจจุบันได้มีแนวการรักษาโดยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้กลับบ้านเร็วที่สุด โดยให้อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลหรือครอบครัวในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550) กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่จะต้องดูแลและประคับประคองผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้อยู่ในภาวะปกติให้นานที่สุด จากผลงานวิจัยเชิงคุณภาพของ ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ (Tungpunkom, 2000) ซึ่งได้แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ด้านในแต่ละด้าน ผู้ศึกษาได้ไปทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล เพิ่มเติมจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด กิจกรรมประจำวันของผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

- 1.1 การรักษาความสะอาดร่างกายผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- 1.2 การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำงานบ้านเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน
- 1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้

1.4 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารตรงเวลาและครบตามหลักโภชนาการทั้ง 5 หมู่ จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา

1.5 การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติให้เหมาะสมกับกาลเทศะ

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ในรายที่ไม่นอนติดต่อกันหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต และหาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

- 1.7 การออกกำลังกายผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 1.8 การฝึกทักษะทางสังคม
- 1.9 การปรับตัวในการเผชิญกับปัญหา รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย

1.10 การปฏิบัติตัวทางศาสนา

1.11 การสร้างความมั่นใจ ผู้ดูแลสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2. การดูแลด้านการจัดการกับอาการของโรคผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักจะมีอาการที่ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาได้ ผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและสามารถจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ ได้ กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติ คือ (Tungpunkom, 2000)

- 2.1 การสังเกตอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิต
- 2.2 การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- 2.3 การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเอง หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการพูดคุยใช้เหตุผลเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาการสงบลง

3. ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 1-2 ปี แม้อาการทางจิตจะทุเลาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงอาจทำให้ผู้ที่

เป็นโรคจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่ายและไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องกระตุ้นเตือนหรือจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา

สรุปได้ว่ากิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ครอบคลุมกิจกรรมในการดูแลทั้ง 3 ด้าน โดยใช้ทักษะการดูแลทั้ง 14 ทักษะ (Tungpunkom, 2000) เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีชีวิตรอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งจะเกิดผลดีต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทน้อยที่สุดซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เพราะว่าเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลโดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง มีอาการรบกวนยาก้าวร้าว แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวที่มีการปฏิบัติและการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถดำรงชีวิตรอยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุข ผู้ดูแลควรให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตามบทบาทของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรม

ความหมายของการเผยแพร่นวัตกรรม

การเผยแพร่ นวัตกรรม เป็นกระบวนการในการถ่ายทอดความคิด การปฏิบัติ ข่าวสาร หรือพฤติกรรมไปสู่ที่ต่างๆ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลไปสู่กลุ่มบุคคลอื่นโดยกว้างขวาง จนเป็นผลให้เกิดการยอมรับความคิด การปฏิบัติเหล่านั้นอันมีผลต่อโครงสร้าง วัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในที่สุด เอฟเวอร์เรท เอ็มโรเจอร์ (Everette M. Rogers, 1983) ได้ให้ความหมายคำว่า การเผยแพร่ หรือ "Diffusion" ดังต่อไปนี้

การเผยแพร่ คือ กระบวนการซึ่งนวัตกรรมถูกสื่อสารผ่านช่องทางในช่วงเวลาหนึ่งระหว่างสมาชิกต่างๆ ที่อยู่ในระบบสังคม

ตามความหมายข้างต้นได้อธิบายส่วนประกอบของการเผยแพร่ นวัตกรรมไว้ 4 ประการ คือ 1) มีนวัตกรรมเกิดขึ้น 2) ใช้สื่อเป็นช่องทางในการส่งผ่านนวัตกรรมนั้น 3) ช่วงระยะเวลาที่เกิดเผยแพร่ 4) ผ่านไปยังสมาชิกในระบบสังคมหนึ่งเพื่อให้เกิดการตัดสินใจยอมรับแนวคิดหรือนวัตกรรม (innovation) และนำมาใช้ในการปฏิบัติงานของตนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Roger, as cited in Burns & Grove, 2005) การเผยแพร่ นวัตกรรม ของ โรเจอร์ ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก ดังนี้



1. การมีนวัตกรรมเกิดขึ้น (innovation) หมายถึง แนวคิด การปฏิบัติ หรือวัสดุ สิ่งของ ที่บุคคล หรือกลุ่มคนรับรู้ว่าเป็นสิ่งใหม่ ซึ่งยอมรับและนำมาใช้ อย่างไรก็ตามนวัตกรรมของบุคคลกลุ่มหนึ่งอาจไม่ใช่ นวัตกรรมของบุคคลก็ได้ สิ่งสำคัญคือขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเขา

2. การใช้สื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารเพื่อส่งผ่านนวัตกรรมนั้น (communication channels) อาจรวมถึง การสื่อสารแบบคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง หรือคนหนึ่งไปยังหลายๆคน หรืออาจเป็นการสื่อสารแบบมวลชน เช่นบนที่ข่าวเหตุการณ์ หนังสือ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต การสื่อสารแบบมวลชนเป็นวิธีการส่งสารที่ทำให้การเผยแพร่ข้อมูลที่ได้ผลเป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยการสื่อสารต่อกัน เป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดการยอมรับแนวคิดใหม่ๆ และเกิดกิจกรรมทางการพยาบาลได้ง่ายขึ้น การสื่อสารจะสัมฤทธิ์ผลอย่างสูงสุดก็ต่อเมื่อบุคคลกำลังสื่อสารกันสองคน เช่น พยาบาลระดับบริหารกับระดับปฏิบัติการ มีบุคลิกลักษณะคล้ายกัน เช่น ทัศนคติ การศึกษา สถานะทางสังคม และความชำนาญการในแบบเดียวกันกับ โรเจอร์ ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ว่า near-pear ซึ่งก็คือ การที่บุคคลทั้งสองคนมีความคิดเห็น มีลักษณะนิสัยที่ใกล้เคียงกัน ให้คำแนะนำหรือเป็นแบบอย่างให้แก่กันและกัน

3. ช่วงระยะเวลาที่เกิดการเผยแพร่ (time) เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในการทำ ความเข้าใจในกระบวนการนำนวัตกรรมที่เผยแพร่มาใช้และสัมพันธ์กับช่วงเวลาได้แก่ 1) ระยะเวลาตั้งแต่บุคคลหนึ่งได้รับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้การวิจัยเป็นพื้นฐานจน บุคคลนั้น ตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธกิจกรรมนั้นๆ 2) ความสามารถในการริเริ่มของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นตัวกำหนดระยะเวลาที่ต้องการในการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ 3) จำนวนบุคคล ในหน่วยงานดูแลสุขภาพที่ยอมรับกิจกรรมนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดมา

4. การส่งผ่านไปยังสมาชิกในระบบสังคมหนึ่ง เพื่อให้เกิดการตัดสินใจยอมรับแนวคิด หรือนวัตกรรม ซึ่งในที่นี้ ระบบสังคม (social system) คือ หน่วยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการ แก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่พยาบาล ปฏิบัติงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากที่สุด ภายใต้การวางแผนการดูแลหน่วยสุขภาพนั้นๆ ในทุกๆหน่วยงานมักมีแกนนำ หรือผู้นำทางความคิด ที่จะคอยเสนอแนะแนวคิดใหม่ๆและยอมรับผู้นำที่จะคัดค้านการเปลี่ยนแปลงด้วย การที่จะค้นหา การยอมรับกิจกรรมที่ใช้การวิจัยเป็นพื้นฐานนั้น เจ้าหน้าที่พยาบาลต้องระบุผู้ที่จะเป็นผู้นำทาง ความคิดและสำรวจการยอมรับในบุคคลนั้นๆด้วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมักจะถูกมองว่าเป็น ผู้นำทางความคิด เนื่องจากมีความชำนาญทางคลินิก ระดับการศึกษาสูง และมีความรู้ทางการวิจัย

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาพอจะสรุปได้ว่า การเผยแพร่นวัตกรรม หมายถึง การนำแนวคิด หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ นำไปสื่อสารให้บุคคล หรือกลุ่มบุคคล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนวัตกรรมผ่านช่องทางการสื่อสารในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อให้ได้รับทราบ และเกิดการยอมรับนวัตกรรมนั้น

กระบวนการเผยแพร่วัตกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม ของเบิร์น และ โกรฟ (Burns & Grove) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการเผยแพร่วัตกรรมตามแนวคิด ของ โรเจอร์ (Roger, as cited in Burns & Grove, 2005) ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ความรู้ในที่นี้คือ ความรู้ด้านกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้การวิจัยเป็นพื้นฐาน สามารถได้รับการสื่อสารแบบเป็นทางการผ่านการสื่อสารต่างๆเช่น การสัมมนา การประชุมระดับผู้ชำนาญการ สื่อสิ่งพิมพ์ จดหมายข่าว เครือข่ายคอมพิวเตอร์ ทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ นอกจากนี้การสื่อสารแบบไม่เป็นทางการภายในหน่วยงาน จากเจ้าหน้าที่คนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งก็สามารถทำให้เกิดการรับรู้ของกิจกรรมใหม่ ที่ใช้การวิจัยเป็นพื้นฐานอย่างไรก็ตาม ย่อมมีปัจจัยที่สำคัญมีอิทธิพลในระยะให้ความรู้ ซึ่งได้แก่ 1) การปฏิบัติที่เคยทำมาก่อน 2) ปัญหาความต้องการที่จะรับรู้ และ 3) ความสามารถในการริเริ่มของหน่วยงาน ปัญหาของวิธีการเก่าๆที่เคยทำมาสามารถเป็นตัวแปรที่จะนำไปสู่ความต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

ความสามารถในการริเริ่ม เป็นระดับความสามารถ และความเร็วที่ผู้ยอมรับพร้อมจะรับความคิดหรือนวัตกรรมใหม่ๆเหล่านั้น โรเจอร์ ได้จำแนกลักษณะของบุคคลที่มีต่อการยอมรับนวัตกรรมนั้นไว้ 5 กลุ่มด้วยกัน คือ 1) กลุ่มนวัตกรรมหรือผู้นำทางนวัตกรรม หรือผู้ริเริ่ม ได้แก่ ผู้ที่หาแนวความคิดใหม่ๆมักเป็นผู้มีการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกล้าที่จะเสี่ยงและยอมรับนวัตกรรมก่อนคนอื่นจะเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรมก่อนกลุ่มอื่น กลุ่มริเริ่มเป็นกลุ่มที่นำความเปลี่ยนแปลงมาสู่หน่วยงาน หรือหน่วยงานอาจทำการสรรหามาภายหลังเมื่อต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงของวิธีการปฏิบัติแบบเดิมๆ 2) กลุ่มที่ยอมรับได้ง่ายเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะเป็นผู้นำทางความคิด สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆได้อย่างรวดเร็ว และมีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงในโรงพยาบาล บุคคลกลุ่มนี้อาจเป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลในระดับสูง เช่น ระดับผู้บริหาร พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และผู้وبرมการให้บริการ 3) กลุ่มส่วนใหญ่ที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง มักกระตือรือร้นในการเป็นผู้ตาม และพร้อมจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว 4) กลุ่มยอมรับช้า จะเป็นกลุ่มที่มักมีข้อสงสัยกับแนวคิดใหม่ๆเสมอ และจะยอมรับก็ต่อเมื่อได้รับ

ความกดดันให้ทำตาม 5) กลุ่มล้าหลัง จะเป็นกลุ่มที่มีลักษณะยึดมั่นอยู่กับแนวคิดเดิมๆ ไม่สนใจโลกภายนอก และไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงง่ายๆ

2. ขั้นโน้มน้าว/ ชักชวน (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น เป็นขั้นที่แต่ละบุคคลตระหนักถึงทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นในทางที่ดีหรือไม่ดี คุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรม ได้แก่ 1) ผลประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม คือการรับรู้หรือความเชื่อว่านวัตกรรมนั้นมีคุณสมบัติที่ดีกว่าความคิดหรือสิ่งที่มีอยู่เดิม 2) การเข้ากันได้ คือของสิ่งที่มีอยู่คือระดับนวัตกรรมที่สอดคล้องกับคุณค่าประสบการณ์ และความต้องการของการดูแลสุขภาพที่มีอยู่แล้วในตัวของผู้รับนวัตกรรมนั้น 3) ความซับซ้อน คือ ระดับของความเชื่อมั่นว่านวัตกรรมนั้นมีความยาก-ง่าย ต่อการเข้าใจ และการนำไปใช้ได้หรือไม่ 4) การทดลองได้ คือ ระดับที่บุคคล หรือ หน่วยงานสามารถทดลองปฏิบัติตามแนวคิดได้อย่างน้อยภายใต้สภาพที่จำกัด ซึ่งทำให้สามารถเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างวิธีปฏิบัติเดิม และ 5) การสังเกตเห็นผลได้ คือระดับของนวัตกรรมที่สามารถมองเห็นผลการปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรมสรุปแล้วนวัตกรรมทางกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดประโยชน์เข้ากันได้กับสิ่งที่มีอยู่ทดลอง สังเกตได้ และไม่มี ความซับซ้อน จะทำให้ได้รับการยอมรับได้รวดเร็วขึ้น

3. ขั้นตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะบุคคลหรือกลุ่มคนตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมใน 2 ลักษณะ คือ ยอมรับ หมายถึงการตัดสินใจที่จะยอมรับ (adoption) นวัตกรรมนั้นมาปฏิบัติใช้และปฏิเสธนวัตกรรม (rejection) หมายถึง การตัดสินใจที่จะไม่ยอมรับนวัตกรรมนั้นมาใช้ การตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับจุดเด่นของความรู้ที่ได้จากการวิจัยนวัตกรรมนั้นๆ

4. ขั้นนำไปปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคล หรือกลุ่มคนได้นำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติซึ่งการนำไปปฏิบัติ อาจเป็นการนำไปใช้โดยตรง ดัดแปลง หรือนำไปใช้ทางอ้อม เป็นขั้นตอนที่นวัตกรรมหรือกิจกรรมใหม่ถูกนำไปปฏิบัติให้โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง พยาบาลวิชาชีพประจำหรือผู้บริหาร การวางแผนการปฏิบัติใช้ ที่ลงรายละเอียดถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของกิจกรรมนั้นๆ จะทำให้นำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น ซึ่งการนำนวัตกรรมไปใช้สามารถแบ่งเป็น 3 ลักษณะดังนี้

4.1 การนำไปใช้โดยตรง (direct application) คือ การที่กิจกรรมใหม่นั้นถูกนำไปปฏิบัติตามที่ได้ทำการวิจัยมา อย่างไรก็ตามนวัตกรรมที่ได้ อาจใช้ไม่ได้กับวิสัยปฏิบัติทั่วไปและการวิจัยได้ระบุว่าสภาพดั้งเดิมของนวัตกรรมหรือกิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนได้

4.2 การนำไปปรับปรุงใหม่ (reinvention application) คือการที่พยาบาลพยายามปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้ตรงกับความต้องการใช้ วิธีนี้ ลำดับขั้นในกระบวนการอาจมีการ

เปลี่ยนแปลง หรือบางขั้นตอนอาจถูกนำไปรวมกิจกรรมการรักษาตามประสบการณ์เดิม พยาบาลจะเป็นผู้ปรับเปลี่ยน วิธีการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ความรู้ที่ได้จากการวิจัย จะถูกรวมไปสู่วิถีคิดของแต่ละบุคคลรวมกับประสบการณ์ที่พบเจอ การศึกษาก่อนหน้านั้นและค่านิยมปัจจุบันทำให้สรุปได้ว่าความรู้ใหม่ที่ถูกนำมาใช้จะมีความซับซ้อนมากขึ้น เป็นการดัดแปลงนวัตกรรมนั้นให้เหมาะสมตามความเป็นจริง

4.3 การนำไปใช้ทางอ้อม (indirect application) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถที่เข้าใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนนิสัยอย่างค่อยเป็นค่อยไปในระหว่างการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ต่อเนื่องนี้ สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่ถูกเปลี่ยนแปลง ในการที่ผลการวิจัยถูกนำไปรวมกับข้อมูลด้านอื่นๆ เพื่อการแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการปฏิบัติ

5. ขั้นยืนยัน (confirmation stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม การตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น และนำมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป เป็นระยะประเมินประสิทธิผลของแต่ละนวัตกรรมนั้น ในการตัดสินใจที่จะใช้วิธีปฏิบัตินี้ต่อไปหรือไม่ ถ้ากิจกรรมนั้นมีผลในทางบวก ก็อาจให้เกิดการตัดสินใจที่จะใช้ต่อไปและขยายไปยังหน่วยงาน ส่วนการตัดสินใจไม่ดำเนินการต่อสามารถเกิดอย่างน้อย 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การแทนที่ (replacement discontinuance) คือ กิจกรรมหรือนวัตกรรมนั้นถูกปฏิเสธเพราะมีแนวคิดที่ดีกว่า ดังนั้น แนวคิดใหม่กว่าย่อมสามารถแทนที่แนวคิดที่ล้าสมัย และไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง 2) การเลิกดำเนินการต่อโดยการหมดความสนใจ (disenchantment discontinuance) เกิดขึ้นเมื่อแนวคิดนั้นๆ ถูกปฏิเสธเนื่องจากผู้ที่นำไปใช้ไม่พึงพอใจกับผลที่ได้รับ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า แนวคิดทฤษฎีของ โรเจอร์ ได้ถูกนำไปใช้โดยเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคลและหน่วยงานต่างๆ เพื่อการนำผลการวิจัยด้านกระบวนการปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ได้ดียิ่งขึ้น แนวคิดการใช้ผู้ริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่และกลุ่มนวัตกรรมในการปฏิบัติได้ช่วยให้องค์กรของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (ผู้ริเริ่ม/นวัตกรรม) สามารถสรุปการวิจัยในขอบเขตที่กำหนดไว้ได้ง่ายขึ้น และยังช่วยพัฒนาคู่มือให้ได้มาตรฐานด้วยอีกทางหนึ่ง

การศึกษานี้ผู้ศึกษาจึงได้นำนวัตกรรม ซึ่งคือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ของ ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ และคณะ (2548) มาใช้เตรียมความพร้อมในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแล และมีการ ฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษาด้วยยา ที่หน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ตามขั้นตอน ทั้ง 5 ขั้นตอน ของ โรเจอร์

สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์

หน่วยบริการสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนแดน มีพยาบาลเป็นผู้ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง พยาบาลที่ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ใช้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามประสบการณ์เดิมของแต่ละคน โดยยังไม่มีมีการอ้างอิงหรือนำความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงาน จากการสำรวจพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่หน่วยงานสุขภาพจิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชนแดน จำนวน 5 คน โดยผู้ศึกษาในช่วงเดือน ตุลาคม 2553 พยาบาลบางคนจะมีการสร้างสัมพันธภาพ มีการพูดคุยสนทนากับผู้ป่วย มีการให้คำปรึกษารายบุคคล มีการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานยาอย่างถูกต้องเป็นรายบุคคล แต่ยังไม่มีการให้จิตบำบัดเป็นรายกลุ่มทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้มีการออกไปเยี่ยมบ้านกรณีที่ขาดยาหรือไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง พยาบาลบางคนจะมีการประเมินเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ทักษะติดต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรค เรื่องยา การรักษากับผู้ป่วย และผู้ดูแล ในขณะที่พยาบาลบางคนก็มีแต่สร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยา รวมถึงการส่งต่อให้กับชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่ารูปแบบของการปฏิบัติงานของพยาบาลยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ก็ไม่ได้ละเลยปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้ให้การพยาบาลหลายวิธีการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องแล้ว แต่ก็ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังผิวนัด ขาดยาร้อยละ 45.36 มีอัตราป่วยด้วยอาการกำเริบซ้ำร้อยละ 31.89 ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ และโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 16 ราย โดยเฉลี่ยเดือนละ 1-2 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.39 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งหมดที่ได้รับการส่งต่อ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2552 ถึงร้อยละ 50 และผู้ป่วยกลุ่มนี้ล้วนมีอาการทางจิตที่รุนแรงทำร้ายญาติ ร้อยละ 3.17 มาตัวตายสำเร็จร้อยละ 3.17 ต้องได้รับการปรับยา และติดตามเยี่ยมบ้านบ่อยครั้งขึ้น จากการสอบถามญาติหรือผู้ดูแล พบว่า อาจเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ดูแลไม่มีความพร้อมและยังไม่เข้าใจเรื่องโรค ตลอดจนทักษะในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะทักษะด้านการบริหารยา ดังนั้นพยาบาลควรวางแนวทางเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีรูปแบบหรือแนวทางในการทำงานเดียวกัน อาจจะช่วยแก้ไขปัญหบางส่วนของกำเริบซ้ำด้วยอาการทางจิตที่รุนแรงอันเกิดจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์

จากผลงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในงานประจำให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนสถิติการมารับบริการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่หน่วยงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชนแดน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำสูง ผิดนัด ขาดยาซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับความไม่พร้อมของผู้ดูแลโดยเฉพาะทักษะด้านการบริหารยา และการให้บริการของพยาบาลในหน่วยงานต่อการแก้ไขปัญหาด้านนี้จึงมีหลายวิธีการที่นำมาใช้ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่า อัตราการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชด้วยอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเพิ่มขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามากขึ้น ผู้ศึกษาเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่พัฒนาขึ้นโดย ภัทรารักษ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2548) มาใช้ตามกรอบแนวคิด การเผยแพร่นวัตกรรม ของ โรเจอร์ (Roger, as cited in Burns & Grove, 2005) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะนำไปปฏิบัติ (implementation stage) 5) ระยะยืนยัน (confirmation stage) ผู้ศึกษามีการประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ดังนี้ โดยในส่วนของผู้ใช้บริการ มีการประเมินจาก 1) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จากการประเมินด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และ 2) ในส่วนของผู้ให้บริการ มีการประเมินด้านความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมฯ ของบุคลากรทีมพยาบาลที่ใช้โปรแกรมฯ โดยใช้แนวคิดการยอมรับนวัตกรรม ของ โรเจอร์ เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมนั้น ซึ่งได้แก่ 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (relationadvantage) 2) การเข้ากันได้กับสิ่งที่มีอยู่เดิม (compatibility) 3) ความซับซ้อน (complexity) 4) การทดลอง (trialability) 5) การสังเกต (observability) หากการศึกษานี้ได้ผลจริงก็จะเป็นการยืนยันที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในงานประจำต่อไป