

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภทและการรักษา
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว
5. แนวคิดการเผยแพร่ความรู้
6. สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดลำปาง

โรคจิตเภทและการรักษา

โรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาคมนจิตแพทย์อเมริกา (DSM IV TR- (2005) เป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ ที่มีความผิดปกติทางด้านการคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ พบอุบัติการณ์ 0.5-1.5 ต่อ 10,000 ของประชากรโลก (Sadock & Sadock, 2003)

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท แบ่งออกเป็นดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors)

1.1 การถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดยิ่งมีโอกาสสูง พบว่า พี่น้องของผู้ป่วยมีความเสี่ยงของการเกิดโรค ร้อยละ 8 ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย มีความเสี่ยงร้อยละ 12 คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ) เสี่ยงต่อการเกิดโรค ร้อยละ 12 ลูกที่พ่อแม่ป่วย ร้อยละ 40 และคู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 47 จากการศึกษาเพื่อหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเกิดโรค ยังไม่พบตำแหน่งที่ยีนที่ผิดปกติชัดเจนเชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2548)

1.2 ความผิดปกติสารชีวเคมีในสมอง (biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) จากสมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการทำงานมากหรือน้อยเกินไปของสารโดปามีน การทำงานของโดปามีนมากเกินไปทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ไม่สามารถควบคุมตัวเองและมีอาการก้าวร้าว ในขณะเดียวกัน ถ้าหากมีการทำงานน้อยกว่าปกติผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจกรรมตนเองลดลง (Sadock & Sadock, 2000)

1.3 ความผิดปกติของโครงสร้างของสมอง ได้มีผู้ที่ทำการศึกษาของสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่มีการรักษา พบว่าร้อยละ 20-50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความผิดปกติของสมองและยังพบว่ามีเวนตริเคิล (ventricle) โตกว่าปกติและมีบางรายงานที่มีความเชื่อว่าอาการบ่งชี้ทางลบมีความสัมพันธ์ของเวนตริเคิล (ventricle) และมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้าส่งผลต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีกระบวนการคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติ (Sadock & Sadock, 2000)

1.4 ความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของสมอง เช่น มีเวนตริเคิล (ventricle) โตกว่าปกติ บริเวณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของคอร์ติคัล กราย แมทเทอร์ (cortical gray matter) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการ และช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว (family factors model)

จากการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การสื่อสารภายในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันเอง (Kaplan & Sadock, 2000) และในบางครอบครัวที่มีการแสดงออกอารมณ์สูงมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็น 5 เท่าของครอบครัวที่แสดงอารมณ์ต่ำ (Linszen et al., 1997) นอกจากนี้ครอบครัวที่แสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากเกินไป จะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากกว่าครอบครัวที่มีความผูกพันทางอารมณ์ต่ำ (King & Dixon, 1999)

3. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) สามารถอธิบายได้ตามที่ อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545) กล่าวไว้ดังนี้

3.1 จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการพบว่า เป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

3.2 ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3.3 ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัจชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

4. ปัจจัยด้านสังคม (sociological models) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะอยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ในกลุ่มอพยพ มีสภาพยากจน อยู่กันอย่างแออัด ก่อให้เกิดความเครียด อันเนื่องมาจากความบีบคั้นทางสังคม ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550)

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอาการหลัก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) ดังนี้

1. อาการทางจิต (psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่น หรือเรื่องต่างๆ ที่เกิดในโทรทัศน์วิทยุเป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง (delusion of reference) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้าง รู้หมดว่า

ตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion และอาการประสาทหลอนที่พบบ่อยในโรคจิตเภทจะมีอาการหูแว่ว โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting)

2. อาการวุ่นวาย (disorganized dimension) ได้แก่ มีพฤติกรรมที่วุ่นวาย (disorganized behavior) และพูดสับสน หรือการพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech)

3. อาการด้านลบ (negative dimension) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้จัดเป็นอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (alogia) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น เนื้อชาลงทำอะไรได้ไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (avolition) ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนี้นักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

ในระยะหลังพบว่าผู้ป่วยยังมีการของความผิดปกติทางด้านความคิด (cognitive dysfunction) หลายคนมีความเห็นว่าอาจเป็นอาการที่สำคัญพื้นฐานของโรคจิตเภท มักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในการจดจำชั่วคราว (working memory) โดยเฉพาะการตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไปและการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

ชนิดของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 5 ชนิด (Sadock & Sadock, 2003) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) ลักษณะที่สำคัญของชนิดนี้ คือ ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดหรือหูแว่ว โดยอาการหลงผิดจะเป็นลักษณะหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายหรือคิดเป็นใหญ่เป็นโต (delusions of persecution or grandeur) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงจะต้องไม่มีความผิดปกติต่อไปนี้เป็นอาการเด่นชัด ได้แก่ พูดสับสนหรือการพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) พฤติกรรมที่วุ่นวายหรือคาทาโทเนีย (disorganized or catatonic behavior) อารมณ์เรียบเฉยหรือไม่เหมาะสม (flat or inappropriate affect)

2. ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) ลักษณะที่สำคัญของชนิดนี้ คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech) พฤติกรรมวุ่นวาย (disorganized behavior) และมีอารมณ์เฉยเมยหรือไม่เหมาะสม (flat or inappropriate affect)

3. ชนิดคาทาโทเนีย (catatonia type) ผู้ป่วยที่เป็นชนิดนี้ต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อย่าง คือ

3.1 ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวเลยโดยมีอาการเกร็งแข็ง (catalepsy) หรือซึม (stupor)

3.2 มีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ (โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นภายนอกที่ชัดเจน)

3.3 มีอาการต่อต้านไม่ทำตามคำสั่ง (negativism) หรือไม่พูด (mutism)

3.4 มีการเคลื่อนไหวด้วยท่าทางแปลกๆ เช่น ท่าทางประหลาดหรือทำอะไรซ้ำๆ

3.5 พูดเลียนแบบ (echolalia) หรือท่าเลียนแบบ (echopraxia)

4. ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) ในชนิดนี้ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทชัดเจนแต่อาการของโรคไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทั้ง 3 ชนิดดังกล่าว

5. ชนิดมีอาการหลงเหลือ (residual type) ในชนิดนี้ผู้ป่วยเคยมีอาการของโรคจิตเภทมาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ลักษณะทางคลินิกในปัจจุบันไม่มีอาการทางด้านบวก ผู้ป่วยจะมีอาการทางด้านลบ โดยมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคแบ่งข้อตามระบบของ DSM-IV (The Diagnostic and Static Manual of Mental Disorder, Forth edition, 1994:DSM-IV) เป็นการจัดระบบการวินิจฉัยของโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์ทางอเมริกัน ซึ่งการวินิจฉัยมีทั้งหมด 6 ข้อ จาก A ถึง F (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิช หล่อตระกูล, 2550)

A. ลักษณะอาการจำเพาะ มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป โดยมีอาการอยู่นานพอสมควรในระยะเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่าหากรักษาได้ผล)

1) อาการหลงผิด (delusion)

2) อาการประสาทหลอน (hallucination)

3) ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสน เข้าใจยาก (disorganized speech)

4) มีพฤติกรรมแบบไม่เคลื่อนไหว (catatonic) หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติที่เห็น

อย่างชัดเจน (disorganized behavior)

5) อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เรียบ (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) และมีอาการขาดความกระตือรือร้น (avolition)

หมายเหตุ เพียงอาการเดียวในเกณฑ์ข้อ A หากอาการหลงผิดเป็นแบบแปลกเป็นไปได้ (bizarre) หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือมีเสียง ตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน

B. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงานสัมพันธ์ทางกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเองโดยมีปัญหานี้อยู่นานพอควร

C. ระยะเวลา มีอาการผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือนซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าหากรักษาได้ผล) และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (prodromal symptoms) หรืออาการหลงเหลือ (residual symptoms) ด้วย ในระยะเริ่มต้นหรือระยะหลงเหลือ อาจมีเพียงแค่อาการด้านลบหรืออาการตามเกณฑ์ในข้อ A สองข้อขึ้นไป แต่อาการเบาว่า เช่น มีความคิดแปลกๆ มีการรับรู้ที่ต่างไปจากปกติ (unusual perceptual experience)

D. ไม่รวมถึงโรคจิตอารมณ์ (schizoaffective) และโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder) ต้องแยกโรคจิตอารมณ์ (schizoaffective) และโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder) ที่มีอาการทางจิต

E. ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย อาการมิได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

F. ความเกี่ยวเนื่องกับกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีพัฒนาการผิดปกติหลายด้าน (pervasive development disorder) หากมีประวัติของโรคออทิสติก (autistic disorder) หรือกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีพัฒนาการผิดปกติอย่างอื่น (pervasive development disorder) จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนชัดเจนนานอย่างน้อยหนึ่งเดือน (หรือน้อยกว่าหากรักษาได้ผล)

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และมีการบันทึกรหัสโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก [ICD-10] (WHO, 1992)

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) แบ่งได้ ดังนี้

1. ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปก่อนที่จะมีอาการทางจิตอย่างชัดเจนซึ่งทำให้ญาติไม่สามารถทันสังเกตเห็นความผิดปกติ เช่น อาการแยกตัวเองออกจากเพื่อน สัมพันธภาพกับคนอื่นลดลง เก็บตัว อาจสนใจไปทางปรัชญา ศาสนา มีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ การเรียนหรือการทำงานและเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการสงบลงแล้ว ก็จะมีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเกิดขึ้นเป็นระยะๆ ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อยๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะเริ่มต้นการเกิดโรค ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอย่างเห็นได้ชัด ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก (positive symptoms) เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น เมื่อได้รับการศึกษาจนสงบแล้ว ส่วนใหญ่อาการกำเริบจะปรากฏรุนแรงเมื่อ 1) ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวงและปฏิเสธการรักษา 2) เมื่อครอบครัวยุติอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา และ 3) ได้รับสาเหตุส่งเสริม เช่น การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์หรือชื่อยาฆ่าตัวตาย

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการก็จะทุเลาลงแต่ก็ยังมียาอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์ที่อ้อ สีหน้าเฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลียและแยกตัวเอง ยาที่ใช้ในการรักษาโรคจะรักษาอาการด้านบวกไม่ได้รักษาอาการด้านลบก่อให้เกิดความยากลำบากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอาการข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอน กินจุ น้ำหนักเพิ่ม ดังนั้นอาการทางจิตสงบลง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเกิดความเครียดได้ง่ายและเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้และพบอาการซึมเศร้าได้บ่อยในระยะนี้

ในผู้ป่วยที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่หายก็คืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (completed remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incompleted remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลง อาการที่เกิดในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบ

ผลกระทบของโรคจิตเภท

การเป็นโรคจิตเภทและการกลับเป็นซ้ำส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ที่เป็โรค พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางราย จะไม่สนใจรับประทาน อาหาร ไม่ยอมอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า (จินดารัตน์ พิมพ์ดี, 2541) ในผู้ป่วยบางรายยังพบว่าการดูแล สุขภาพอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำตัว (Gopinath & Chaturvedi อ้างใน จีระพรรณ สุริยงค์, 2550) และในบางรายอาจเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมและการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มี อาการทั้งทางด้านบวกและอาการด้านลบจะส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การเรียน การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ในสังคมทักษะในการทำงาน เป็นต้น (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) และมีการบกพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง เช่น ดื่มสารเสพติด เป็นเหยื่อทางเพศ หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมซึ่งอาจส่งผลให้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอดส์ หรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

2. ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว จากที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเอง ในกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและมีภาระเพิ่มขึ้น (Kaplan & Sadock, 2000) และจากการศึกษายังพบว่า ความเครียดในครอบครัว มีความสัมพันธ์ แบบค่อยเป็นค่อยไปกับภาระในการดูแลผู้ป่วย (Lenior et al., 2000) ในบางครอบครัวมีผลต่อ ความรู้สึทของสมาชิกภายในครอบครัวที่มีต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น ในกรณีที่มีบุตรเป็นโรคจิตเภท บิดามารดาจะรู้สึกช็อก เศร้า วิตกกังวล หรือมีภาวะซึมเศร้า (Phillip W. Long, 2001) ผลกระทบต่อ ทางด้านจิตใจทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่กำลังใจรู้สึกเป็นดราม่า (Greenberg et al., 1993) ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในระยะยาว ในบางครอบครัวผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ รู้สึกโกรธ ผิดหวัง เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Ip & Mackenzie, 1998) นอกจากนี้ผู้ดูแล มีความเครียดอันเนื่องมาจาก ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่แน่นอน กังวลต่ออนาคตของ ผู้ที่เป็นโรคกลัวจะไม่มีคนดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ยอม รับประทานยา ต้องคอยเป็นธุระจัดการทุกอย่างให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีปัญหาทางเศรษฐกิจและ สังคม รู้สึกอับอาย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

3. ผลกระทบที่มีต่อสังคมและผู้อื่นเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมาอยู่ในชุมชนและมี อาการทางจิตกำเริบ เช่น ทำร้ายผู้อื่นจากความหวาดระแวงหลงผิด หรือบางครั้งพกพาอาวุธ ไว้กับตัว บางครั้งทุบทำลายสิ่งของ เป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางส่วนมีอาการ

รุนแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปรกลประหลาด น่ากลัวและคุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (Tammiga as cited in Anders อ้างในสุมนทนา บุญชัย, 2545)

การรักษา

การรักษาโรคจิตเภทมีหลายวิธีผสมผสานกันออกไปทั้งทางด้านยา รักษา ทางด้านจิตสังคม และการรักษาด้วยไฟฟ้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) ซึ่งในการรักษาโรคจิตแต่ละวิธีสามารถอธิบายวิธีการรักษาต่างๆ ได้ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคจิตเภทซึ่งในปัจจุบันมียาต้านโรคจิตที่นิยมใช้กันอยู่หลายชนิด สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 2 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (typical antipsychotic drugs) และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (novel or conventional or atypical antipsychotic drugs) 1) ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ยากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ รักษาอาการเฉียบพลันกับการให้ยาในระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาต้านโรคจิตชนิดดั้งเดิมแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) ฟิโนไทอะซีน (phenothiazine) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดสารโดปามีนที่มีผลต่ออาการทางจิตทำให้อาการทุเลาลงหรือหายไป (2) บิวทีโรฟีโนน (butyrophenone) เป็นยาที่ใช้ระงับอาการทางจิต และออกฤทธิ์สูงไม่ทำให้ง่วงนอน แต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาได้ง่าย (extrapyramidal effects) (3) ไทโอแซนทีน (thioxanthenes) เป็นยาที่ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ ฟิโนไทอะซีน (phenothiazine) (4) ไดไฮโดรอินโดลิน (dihydroindoline) ยากลุ่มนี้ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ที่เป็โรคจิตเภท แต่พบว่าการออกฤทธิ์ไม่ค่อยสม่ำเสมอ เมื่อเทียบกับยา กลุ่มอื่น และ (5) ไดเบนโซซาเซพีน (dibenzoxazepines) ในปัจจุบันไม่มีใช้แล้ว 2) ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ยาในกลุ่มนี้มีอยู่ 4 ชนิด ได้แก่ โคลซาพีน (clozapine) ริสเพอริดอล (risperidone) ยาโอแลนซาพีน (olanzapine) และยาควิเทียพีน (quetiapine) ยาในกลุ่มใหม่นี้จะมีผลข้างเคียง (extrapyramidal effect) น้อยกว่ายากลุ่มรักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม ข้อควรระวังของยาในกลุ่มนี้ คือ โคลซาพีนที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ต้องมีการเจาะเลือดเพื่อหา WBC เมื่อผู้ป่วยใช้ยาไปซักระยะหนึ่งแล้วผู้ป่วยจะต้องได้รับการเจาะเลือดทุกราย ในการรักษาด้วยยาโรคจิตยังแบ่งออกเป็นตามช่วงระยะการเกิดอาการของโรคออกเป็น 3 ช่วง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนัขชัย, 2548) ดังต่อไปนี้

1.1 ระยะควบคุมอาการ (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ยาที่ใช้ในการรักษาในระยะนี้ คือ คลอโปรมาซีน (chlorpromazine)

300-500 mg ต่อวัน หรือ ฮาโลเพอริดอล (haloperidol) 6-10 mg ต่อวัน ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายมาก ให้เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ขนาดสูงร่วมไปด้วย การที่อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization) หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไปอีก 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.3 ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีการควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยาอาจใช้ยาชนิดประเภท long acting (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกหลังจากอาการของโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาในการทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้งจำนวนทั้งหมด 12 ครั้งและใช้ ในผู้ป่วยมีอาการคาทาโทเนียในระยะซึม (stupor) หรือ ตื่นตระหนก (excitement) มีอาการซึมเศร้าอย่างมากและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

3. การรักษาจิตสังคม (psychosocial treatment) ประกอบด้วยการรักษาที่หลากหลายรูปแบบเพื่อที่จะเพิ่มความสามารถด้านสังคม ด้านการดูแลตนเอง ทักษะในการปฏิบัติ และการสื่อสารระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งต้องควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเสมอ (Sadock & Sadock, 2003; Hales, Yodofsky & Gabbard, 2008) การรักษาจิตสังคมประกอบด้วยสิ่งที่สำคัญดังต่อไปนี้

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคองผู้รักษา ฟังตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาคำถามหรือความกดดันที่เขาทนไม่ได้มาจากอะไร เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psycho education or family counseling) ผู้ปกครองมักเกิดความรู้สึกผิด หรือกลัวโทษตนเองคิดว่าตนเองดูแลลูกไม่ดีทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต

บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์สูง ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยได้เป็นอย่างยิ่ง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีความเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำ แก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อม ภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

5) การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) การรักษารูปแบบนี้จะสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรงร่วมกับการรักษาด้วยยา ซึ่งจะเห็นว่าอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะ บกพร่องในด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น พบว่าการฝึกทักษะทางสังคม สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้ (Sadock & Sadock, 2003)

6) การฟื้นฟูอาชีพ (vocational therapy) เป็นการฝึกอาชีพผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถหา เลี้ยงชีพตนเองได้ โดยอาจจะฟื้นฟูทักษะเดิมของผู้ป่วยที่เคยทำหรือพัฒนาให้ทำสิ่งใหม่ๆ (Sadock & Sadock, 2003)

สรุปได้ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีหลากหลายวิธีที่ผสมผสานกันไปขึ้นอยู่กับ ลักษณะอาการของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละการรักษาต่างมีเป้าหมายเพื่อลดอาการรุนแรงของโรค ป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ การรับประทานยาเป็นหนึ่งในรักษาที่มีความสำคัญ ดังนั้นความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาของผู้ป่วยจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดต่อไป

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือ (adherence) เดิมใช้คำว่า “compliance” เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วย ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของบุคคลเลือกปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับแผนการรักษา หรือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายหรือเป็นโรคเรื้อรังและที่ป่วยด้วย โรคที่หายช้าต้องรับประทานยาเป็นเวลานานหลายปี หรือหลาย ๆ เดือน จะเป็นตัวแปรในการทำให้

การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้มาก

ได้มีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลากหลายความคิดเห็นที่ให้ความหมายใกล้เคียงกันไว้ดังนี้ ซาคอค (Kaplan & Sadock, 2000) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาเป็นความเห็นขานรับในพฤติกรรมของบุคคลต่อการใช้ยา การรับประทานอาหารหรือแม้แต่เปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องไปกับการรักษา หรือคำแนะนำด้านสุขภาพ และจากคำจำกัดความของความร่วมมือของวีเวียน (Vivian, 1996) ได้กล่าวว่า “ความร่วมมือ” หมายถึง การแบ่งความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของการรักษาที่วางไว้ ในส่วนของ กลาสเบอร์เกน (Glasbergen, 1998) ได้กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพ และจากการศึกษาของสารุพร พุฒขาว (2541) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในเรื่องการรับประทานยาร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และรวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงของยา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ในคำอธิบายของ ฟาเรกเจอร์ (Farragher, 1999) ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือการใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาคิดเวลา การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา การไม่ใช้ยาต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกตัวตนเองมีความผิดปกติ และการใช้ยามากกว่าแผนการรักษา จากการศึกษาของสรินทร์ เชื้อวโสธร (2545) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมีการใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาประกอบด้วย 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) ไม่หยุดใช้ยาเอง 3) ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4) ใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และ 5) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา นอกจากนี้ เพชรี คันธสาขบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงของยาอย่างต่อเนื่องเป็นการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

จากที่กล่าวมาข้างต้น ความหมายของความร่วมมือในการรักษา เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาตามการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด มื้อที่รับประทานในแต่ละวัน สนใจในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ในการรักษาด้วยยา โดยวัดจาก แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย (patient related factors)

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Fleishchacher et al., 1994) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการจากการศึกษาของ อรุณพร อิฐรัตน์ และคณะ และจากการศึกษาของ แมทธิโอ และนิโคลา (Matteo & Nicola, 1982) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.2 เพศ จากการศึกษานี้ของ แวน โดเจน (Van Dogen, 1997) ศึกษาในทัศนคติของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 92 ราย พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยารักษาโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยเพศหญิงจะมีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาดีกว่าเพศชาย

1.3 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีสถานภาพเป็นโสดซึ่งขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปล่อยให้ตนเองปล่อยปละละเลยต่อการดูแลสุขภาพร่างกาย (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) โอกาสที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีมากกว่าคนที่อยู่ในสถานภาพสมรสและผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพคู่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพหย่าหรือ แยกกันอยู่ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ อ้างในอำภาศรี ศรียศ, 2551)

1.4 ระดับการศึกษา จากการศึกษานี้พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำจะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) และการศึกษาจะช่วยให้ทุกคนมีสติปัญญาแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผลแสวงหาการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) ดังนั้นการศึกษามีผลทางอ้อมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้เช่นกัน

1.5 รายได้ จากการศึกษานี้ในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ (รจนารอด ร่วงถือ อ้างใน สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548) และ

การศึกษาของฟองเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 92.30 ไม่มีรายได้

1.6 ผู้ป่วยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง มีอาการหลงผิด การปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเองและขาดแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 1995) ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2. ปัจจัยด้านยา (medication related factors)

จากผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการ น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอปิดไปด้านใดด้านหนึ่งจากการรักษาด้วยยาต้องใช้ระยะเวลานาน (มาโนชญ์ หล่อตระกูล, 2543) และจากผลข้างเคียงของยาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและอาจส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดน้อยลงได้ ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ที่เป็โรคจิตเภทต้องใช้เวลาที่ยาวนาน (Kaplan & Sadock, 2003) และทำให้ผู้ป่วยหยุดทานยาในที่สุดได้เช่นกัน

3. ปัจจัยด้านการรักษา (treatment regimens)

การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีส่วนข้องกับผู้รักษา และทีมการรักษามีรายละเอียดดังนี้

3.1 ด้านผู้รักษา จากการศึกษาของฟริชเฮกเกอร์และคณะ (Fleishacker et al., 1994) กล่าวถึงสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา และสัมพันธภาพระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยบางคนมีปัญหากับผู้ให้บริการ แต่ถ้าให้ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาได้ (Kaplan & Sadock, 2000)

3.2 การยอมรับในผู้รักษา จากการศึกษาของ เดียร์ริง (Dearing, 2004) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้การรักษพบว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมบุคลากรมีส่วนในการช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงอิทธิพลความเชื่อที่มีต่อผู้รักษาในทีมบุคลากร พบว่าถ้าระดับความเชื่อถือต่อผู้ให้การรักษามีสูงจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามมา (Benjamins, 2006)

3.3 การให้การดูแลแบบองค์รวม ซึ่งได้มีการศึกษาในวัฒนธรรมของชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ในประเด็นของการดูแลทางด้านจิตเวช จากการศึกษาพบว่าผู้รักษาที่มีความเข้าใจและให้การรักษาแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีการประเมินเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านศาสนาและจิตวิญญาณร่วมด้วยในการให้การรักษ จะช่วยทำให้ผู้รักษาสามารถตัดสินใจในวิธีการให้การรักษ และทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Carter, 2002)

3.4 การใช้วิธีที่การปรับขนาดของยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาสามารถทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ และเกิดผลดีต่อการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (McDonald, Haynes & Garg, 2002;

Haynes et al., 2005; Heneghan, Glasziou & Perera, 2006) นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาในเรื่องความไม่ร่วมมือในการรับประทายทางจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบว่าในการรับประทายรักษาอาการทางจิตนั้นอาจเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทายยาได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการปรับขนาดของยาที่ใช้ให้เหมาะสมกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อไป (Leo, Fassal & Bakhai, 2005)

4. ปัจจัยด้านครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมารับยาต่อเนื่องตามกำหนดนัดของแพทย์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น สมาชิกในครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัวและความรู้ความเข้าใจของญาติเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (อำภาศรี ศรียศ, 2551) การได้รับการดูแลและสิ่งแวดล้อมหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Lacro, Dunn, Dolder, Leuk & Jeste, 2002) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นโดย ภัทราภรณ์ ทุ่งป็นคำ และคณะ (2548) มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่บ้านที่เข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเภทและบทบาทของผู้ดูแล ประกอบด้วย การดูแลทั้ง 3 ด้าน และ 14 ทักษะ ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรคและด้านการบริหารยา ได้แก่ 1) การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ เช่น การนับเม็ดยาเพื่อให้เพียงพอจนถึงวันนัด การหาวิธีเพื่อรับยาก่อนวันนัด หากมียาไม่เพียงพอและพามารับยาก่อนนัด เพื่อรับยาตามแผนการรักษาแพทย์ 2) การดูแลให้รับประทายตามแผนการรักษาเช่นการเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทายต่อหน้าทุกครั้ง การเตือนให้ผู้ป่วยรับประทายตามกำหนดเวลา การหาวิธีให้ผู้ป่วยได้รับยา หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การปรับยาตามความจำเป็นภายใต้การปรึกษาจิตแพทย์ 3) การเอาใจใส่ดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อผู้ดูแลมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นจะสามารถให้การดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นได้ และจากการศึกษาของ อุมารักษ์ กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าปัจจัยด้านครอบครัว เกี่ยวกับการรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ที่เป็โรคจิตเภทและสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการศึกษาพบว่าในปัจจุบันวิธีวัดความร่วมมือในการรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี (Bond & Hussar, 1991) ได้แก่

1. การประเมินโดยตรง (direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาในช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่ 1) การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ (metabolite) ของยาวิธีการประเมินโดยตรงที่ใช้ในยาต้านโรคจิต ได้แก่ คลอโปรมาซีน (chlorpromazine) และอิมิพรามิน (imipramine) เป็นต้น 2) การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรง (observation) เป็นวิธีใช้การติดตามและเยี่ยมบ้านและสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือ 3) การประเมินที่ผู้ป่วยโดยตรง การนับเม็ดยา และการตรวจร่างกาย (Misdrabi et al., 2002)

2. การประเมินทางอ้อม (indirect method) เป็นวิธีการอาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินแบ่งออกเป็นดังนี้ 1) การประเมินโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย หรืออาจใช้การสัมภาษณ์เพียงวิธีเดียวก็ได้ มีข้อดีได้รับข้อมูลโดยตรง ข้อจำกัดอาจจะไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นจริง 2) การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อย และทำได้ง่าย ข้อจำกัดถ้าผู้ป่วยทำเม็ดยาหล่นหายหรือแอบทิ้งยาจะทำให้ข้อมูลที่เป็นจริงไม่ได้ 3) การพิจารณาความสม่ำเสมอของการมารับยาตามนัด ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอให้ความร่วมมือดีและสามารถสังเกตผลข้างเคียงของยา 4) การลงความเห็นของผู้รักษาจากการตรวจอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (clinical outcome) มีวิธีหลากหลายในการประเมินความร่วมมือในการ รักษาด้วยยา ได้แก่

2.1 เช็ขนาด และ เวลาถูกต้อง ตามแผนการรักษา (Wong, 2003)

2.2 นับเม็ดยา ดูพฤติกรรมการบันทึกการรับประทานยา และการตรวจตามนัด (สุนันท์ จารุณสวัสดิ์, 2536)

2.3 การสัมภาษณ์ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจปัสสาวะร่วมกับการนับเม็ดยา (Cramer & Rosenheck, 1998)

2.4 การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมารับการรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (สาธุพร พุฒขาว, 2541)

2.5 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชื้อวโสธร (2545) เป็นแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาประกอบด้วย 1) การใช้ยาตามแผนการรักษา

อย่างต่อเนื่อง 2) ไม่หยุดใช้ยาเอง 3) ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ 4) ใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา และ 5) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาระยะยาวและต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อควบคุมอาการทางจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการประเมินเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในศึกษานี้ได้เลือกโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นโดยภัทราภรณ์ พุ่งปันคำและคณะ (2548) มาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทอย่างมากที่จะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในเรื่องความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและเกิดความยั่งยืนต่อไปทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทักษะและบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเวชที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นโดย ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำและคณะ (2548) มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่บ้านที่เข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเภทและบทบาทของการดูแล ที่ประกอบด้วยการประเมินทักษะของผู้ดูแล ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทักษะการดูแลด้านอาการและทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ซึ่งทักษะในแต่ละด้านต่างก็มีความสำคัญที่เอื้อต่อกันและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะด้านการบริหารยา เมื่อผู้ดูแลมีทักษะเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการดูแลด้านการรักษาด้วยยาที่ดีขึ้น และทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบทบาทของผู้ดูแล

ขั้นตอนการตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวซึ่งมีทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้งรวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งมีจุดมุ่งเน้นแตกต่างกันออกไปดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 เป็นความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ครั้งที่ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ

ครั้งที่ 3 เป็นความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่นๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช

ครั้งที่ 4 เป็นทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

ระหว่างผู้ป่วยและญาติ

ครั้งที่ 5 เป็นทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค

ครั้งที่ 6 เป็นทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยา

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวช สามารถแบ่งเป็น 3 ด้าน (Tungpunkom, 2000) ได้แก่

1. การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ได้แก่ การจัดการกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การจัดการด้านการคบเพื่อนและการมีกิจกรรมทางสังคม การจัดการให้ได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ การจัดการสิ่งแวดล้อมไปในทางที่สร้างสรรค์ การจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น การจัดการกับการประทุษร้ายหรือการถูกรังเกียจ

2. การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ได้แก่ การจัดการเกี่ยวกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวต่างๆ การจัดการกับความพยายามฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตาย

3. การดูแลด้านการบริหารยา ได้แก่

3.1 การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ เช่น การนับเม็ดยาเพื่อให้เพียงพอจนถึงวันนัด การหาวิธีเพื่อรับยาก่อนวันนัด หากมียาไม่เพียงพอและพามารับยาก่อนนัด เพื่อรับยาตามแผนการรักษาแพทย์

3.2 การดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาเช่นการเตรียมยาให้ผู้ป่วย รับประทานยาต่อหน้าทุกครั้ง การเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามกำหนดเวลา การหาวิธีให้ผู้ป่วยได้รับยา หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

3.3 การปรับยาตามความจำเป็นภายใต้การปรึกษาจิตแพทย์ การเอาใจใส่ดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น การพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาที่รุนแรง และปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยา การดูแลผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแม้ว่าผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง

ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นทักษะที่ได้จากการเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรงของมารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ซึ่งทักษะที่ใช้ในการดูแลเหล่านี้แบ่งออกเป็น 14 ทักษะ (Tungpunkom, 2000; ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ และคณะ, 2548; นอร์เบค (Norbeck, 2005) ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน

1. ทักษะในการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่

1) ทักษะการประเมินสังเกตอาการ 2) ทักษะการเตือน 3) ทักษะการแนะนำ 4) ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง 5) ทักษะการทำกิจกรรมแทน 6) ทักษะการสอนกำกับ 7) ทักษะการถอยห่าง 8) ทักษะการต่อรอง 9) ทักษะการใกล้ชิด 10) ทักษะการจัดการเรื่องยา 11) ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม 12) ทักษะการขอความช่วยเหลือ 13) ทักษะการจัดการถูกรังเกียจ และ 14) ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพหมายถึง เทคนิคการปกป้องตนเองจากการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจะเห็นว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อให้ได้รับผลกระทบ น้อยที่สุด และสามารถปรับตัวกับบทบาทของผู้ดูแลตลอดจนมีความสามารถหรือมีทักษะในการดูแล จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาของ ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ (Tungpunkom, 2000) ได้แบ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ออกเป็น 3 ด้าน ซึ่งในแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) การรักษาความสะอาดร่างกายผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน 3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ 4) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและได้รับ สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ 5) การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดีผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนแปลงเสื้อผ้าพฤติกรรมเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ ให้เหมาะสมกับกาลเทศ 6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับ สภาพผู้ป่วยไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน 7) การออกกำลังกายผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 8) การฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่ที่รับบริการที่โรงพยาบาล เป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก 9) การปรับตัวในการเผชิญกับปัญหา 10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขด้านจิตใจและ 11) การสร้างความมั่นใจ ผู้ดูแล สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อทำให้ ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2. การดูแลด้านการจัดการกับอาการของโรคผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักจะมีอาการที่ผู้ดูแล ไม่สามารถคาดเดาได้ ผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและสามารถจัดการกับ อาการผิดปกติต่างๆ ได้ (Tungpunkom, 2000) กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติ มีดังต่อไปนี้

- 2.1 การสังเกตอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การสังเกตอาการเตือนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ แสดงท่าทีที่สงบ ไม่ได้แย่ง ไม่ด่าทอ และ อธิบายให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้เข้าใจถึงความเป็นจริง เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการหลงผิด

- 2.2 การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การขอความช่วยเหลือ จากเพื่อนบ้าน เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมผิดปกติจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เก็บของ มีคมเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวอะละอะละวาด ดูแลไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้าย ผู้อื่น ขอร้องให้เพื่อนบ้านออกจากสถานการณ์เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำร้ายพร้อมทั้งอธิบาย เพื่อนบ้านให้เข้าใจในพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

2.3 การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเอง หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการพูดคุยใช้เหตุผลเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาการสงบลง

3. ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องได้รับการรักษาด้วยยานานอย่างน้อย 1-2 ปี แม้อาการทางจิตจะทุเลาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงอาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่ายและไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องกระตุ้นเตือนหรือจูงใจให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา

จากกิจกรรมที่กล่าวมาข้างต้นนั้นเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้ง 3 ด้าน และ 14 ทักษะ จะต้องดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอาการของโรคและการดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งจะเกิดผลดีต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อให้อยู่ในชุมชนได้ยาวนานมีความสุขตามอัตภาพและมีผลกระทบต่อผู้ดูแลน้อยที่สุด ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

แนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรม

ความหมายของการเผยแพร่นวัตกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม การเผยแพร่ นวัตกรรม เป็นกระบวนการในการถ่ายทอดความคิด การปฏิบัติ ข่าวดสาร หรือพฤติกรรมไปสู่ที่ต่างๆ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลไปสู่กลุ่มบุคคลอื่นโดยกว้างขวาง จนเป็นผลให้เกิดการยอมรับความคิดและการปฏิบัติเหล่านั้นอันมีผลต่อโครงสร้างและวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (M. Rogers , 1983)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น โรเจอร์ (Roger as cited in Burns & Grove, 2005) ได้อธิบายส่วนประกอบของการเผยแพร่ นวัตกรรม ดังนี้

1. นวัตกรรม (innovation) เป็นความคิดหรือสิ่งใหม่ที่บุคคลค้นพบแนวคิด การปฏิบัติ หรือวัตถุ สิ่งของ ที่บุคคล ซึ่งยอมรับและนำมาใช้ อย่างไรก็ตาม นวัตกรรมของบุคคลกลุ่มหนึ่งอาจไม่ใช่ นวัตกรรมของบุคคลอีกกลุ่มหนึ่งก็ได้ สิ่งสำคัญคือขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเขา

2. การสื่อสาร (communication) เป็นการเผยแพร่ นวัตกรรม ให้เป็นที่รู้จัก และยอมรับกันในสังคม จำเป็นต้องใช้การสื่อสารเพื่อเผยแพร่สิ่งใหม่ อาจรวมถึง การสื่อสารแบบคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง หรือคนหนึ่งไปยังหลายๆคน หรืออาจเป็นการสื่อสารแบบมวลชน เช่น บันทึกรายการ เหตุการณ์ หนังสือ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต การสื่อสารจะสัมฤทธิ์ผลอย่างสูงสุดก็

ต่อเมื่อบุคคลกำลังสื่อสารกันสองคนโดยองค์ประกอบหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการสื่อสาร คือ ผู้ส่งสารที่เป็นบุคคลซึ่งค้นพบ หรือมีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ ตัวนวัตกรรมที่ต้องการเผยแพร่ และผู้รับสารที่ยังขาดความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับนวัตกรรม

3. สมาชิกในระบบสังคม คือ ประชากร ซึ่งอยู่ในระบบสังคมมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไปตามแต่ละกลุ่มโดยความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้ย่อมส่งผลถึงการยอมรับนวัตกรรมที่มีในสังคม มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

4. ระยะเวลา เมื่อบุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในสังคม จำเป็นอย่างยิ่งที่เขาต้องใช้เวลา ในการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใหม่ จากผู้นำนวัตกรรมเข้ามา โดยบุคคล จะยอมรับ หรือ ปฏิเสธนวัตกรรม หรือสิ่งใหม่นั้น ขึ้นอยู่กับการประเมินผล ที่ผ่านกระบวนการรับรู้ การทำความเข้าใจแล้วส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่จะนำไปประกอบการตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

สรุปได้ว่า การเผยแพร่วัตกรรม หมายถึง การนำแนวคิด หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ที่เกิดขึ้นแล้วผ่านช่องทางการสื่อสารในช่วงระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้บุคคล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนวัตกรรมได้รับทราบและเกิดการยอมรับนวัตกรรมนั้นซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต่อสิ่งใหม่ที่เกิดขึ้น

กระบวนการเผยแพร่วัตกรรม

เบิร์นและโกรฟ (Burns & Grove) ได้กล่าวถึง กระบวนการเผยแพร่วัตกรรม ของ โรเจอร์ (Roger, 1995 as cited in Burns& Grove, 2005) ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น

2. ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น ตามคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรม ได้แก่ 1) ผลประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (relation advantage) 2) การเข้ากันได้ดีของสิ่งที่มีอยู่ ประสบการณ์เดิม คือ ระดับนวัตกรรมที่สอดคล้อง (compability) กับคุณค่า และความต้องการที่มีอยู่แล้วในตัวของผู้รับนวัตกรรมนั้น 3) ความซับซ้อน (complexity) คือ ระดับของความเชื่อนวัตกรรมมีความยาก-ง่าย ต่อการเข้าใจ และการนำไปใช้ 4) การทดลองได้ (trialbility) คือ ระดับที่บุคคล หรือ หน่วยงานสามารถทดลองปฏิบัติตามแนวคิดได้อย่างน้อยภายใต้สภาพที่จำกัด และ

5) การสังเกตเห็นผลได้ (observability) คือ ระดับของนวัตกรรมที่สามารถมองเห็นผลการปฏิบัติได้
 อย่างเป็นรูปธรรม

3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะบุคคลหรือกลุ่มคนตัดสินใจยอมรับหรือ
 ปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ใน 2 ลักษณะ คือ ยอมรับ หมายถึงการตัดสินใจที่จะยอมรับ (adoption)
 นวัตกรรมนั้นมาปฏิบัติใช้และปฏิเสธนวัตกรรม (rejection) หมายถึงการตัดสินใจที่จะไม่ยอมรับ
 นวัตกรรมนั้นมาใช้ การตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ขึ้นอยู่กับจุดเด่นของความรู้
 ที่ได้จากการวิจัยนวัตกรรมนั้นๆ

4. ระยะปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนนำนวัตกรรมนั้น
 ไปปฏิบัติซึ่งการนำปฏิบัติ อาจเป็นการนำไปใช้โดยตรง คัดแปลงหรือนำไปใช้ทางอ้อม ซึ่งการนำ
 นวัตกรรมไปใช้สามารถแบ่งเป็น 3 ลักษณะดังนี้

4.1 การนำไปใช้โดยตรง (direct application) คือ การที่กิจกรรมใหม่นั้นถูกนำไป
 ปฏิบัติตามที่ได้ทำการวิจัยมา

4.2 การปรับปรุงใหม่ ลำดับขั้นในกระบวนการอาจมีการเปลี่ยนแปลง หรือบาง
 ขั้นตอนอาจถูกนำไปรวมกิจกรรมการรักษาตามประสบการณ์เดิม โดยให้สอดคล้องกับสถานการณ์

4.3 การนำไปใช้ทางอ้อม (indirect application) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถ
 ที่เข้าใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนวิสัยทัศน์อย่างค่อยเป็นค่อยไป ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ
 ต่อเนื่องเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถที่เข้าใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนวิสัยทัศน์อย่างค่อยเป็นค่อยไป
 ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ต่อเนื่องนี้ สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่ถูกเปลี่ยนแปลง
 ในการที่ผลการวิจัยถูกนำไปรวมกับข้อมูลด้านอื่นๆ เพื่อการแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการปฏิบัติ

5. ระยะยืนยัน (confirmation stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนประเมินประสิทธิผล
 ของนวัตกรรมและตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น และนำมาแก้ไขปรับปรุงให้
 เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป ซึ่งในการตัดสินใจที่จะไม่ดำเนินการต่อนั้นเกิดขึ้นได้อย่างน้อย 2 ลักษณะ
 ได้แก่ 1) การแทนที่ (replacement discontinuance) คือ กิจกรรมหรือนวัตกรรมนั้นถูกปฏิเสธเพราะ
 มีแนวคิดที่ดีกว่า 2) การเลิกดำเนินการต่อโดยการหมดความสนใจ (disenchantment discontinuance)
 เกิดขึ้นเมื่อแนวคิดนั้นๆ ถูกปฏิเสธเนื่องจากผู้ที่นำไปใช้ไม่พึงพอใจกับผลที่ได้รับ

การศึกษาครั้งนี้ ได้นำนวัตกรรม คือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่
 พัฒนาขึ้นโดย ภัทรภรณ์ พุ่มปั้นคำ และคณะ (2548) มาใช้ในการแก้ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ที่เป็น
 โรคจิตเภทที่บ้านและปัญหาของหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง
 ในด้านการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพร้อมทั้งประเมินโดย
 ความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพในการยอมรับนวัตกรรม ตามกรอบแนวคิดของโรเจอร์

**สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง**

แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง มีสถิติรายงานผู้ที่เป็น โรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จะเห็นได้จากในปี 2551-2553 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลสวนปรง ซึ่งเป็น โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลวังเหนือ คิดเป็นร้อยละ 16.94, 23.04 และ 29.70 จากการประเมิน และสอบถามผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยงานจิตเวช พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ขาดความร่วมมือในการรับประทานยา ทานยาไม่ต่อเนื่อง มีทัศนคติต่อการรับประทานยาและมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาโรคจิต เบื่อหน่ายจากผลข้างเคียงของยา คีมีสุราและใช้ สารเสพติดจึงทำให้ไม่รับประทานยา ในส่วนของผู้ดูแลพบว่ายังพร่องทักษะในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทและการรักษา (รายงานผลการปฏิบัติงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลวังเหนือ, 2553) ส่วน บุคลากรทีมสุขภาพได้มีแนวทางในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทและผู้ดูแลซึ่งมีความหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลที่นำมาปฏิบัติ สำหรับกิจกรรมในการเยี่ยมบ้าน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในรายที่มีปัญหาซับซ้อนที่ต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วนและการติดตามผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่กลับจากโรงพยาบาลสวนปรงมารับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ได้มีการส่งต่อให้ทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลดูแลต่อเนื่องต่อไป ถึงแม้ว่าทีมงาน สุขภาพจิตจะให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแล ในด้านเรื่องโรค การรับประทานยา การมา ตรวจตามนัดและการติดตามเยี่ยมบ้านแล้วก็ตามแต่ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำด้วย อาการกำเริบเนื่องจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในส่วนของผู้ดูแลพบว่ายังพร่อง ทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเฉพาะด้านการบริหารยา จึงเกิดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำ ด้วยอาการกำเริบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (รายงานการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลวังเหนือ, 2553)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนสถิติการมารับบริการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่หน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจะเห็นได้จากในปี 2551-2553 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำคิดเป็นร้อยละ 16.94, 23.04 และ 29.70 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทานยาไม่ต่อเนื่อง และยังพบว่าผู้ดูแลพร้อมทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเฉพาะด้านการบริหารยา จากปัญหาดังกล่าวบุคลากรทีมสุขภาพในหน่วยงานสุขภาพจิตจึงมีวิธีการแก้ไขปัญหาหลากหลาย แต่ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังมีอาการกลับเป็นซ้ำจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผู้ศึกษาเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นโดย ภัทรารักษ์ หุ่นปั้นคำ และคณะ (2548) มาใช้ตามกรอบแนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger as cited 1995 in Burns & Grove, 2005) มี 5 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะปฏิบัติ (implementation stage) และ 5) ระยะยืนยัน (confirmation stage) ทั้งนี้จากหลักฐาน โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวพบว่าผู้ดูแลหลังจากได้รับโปรแกรมแล้วจะมีทักษะในการดูแล 3 ด้านดีขึ้นโดยเฉพาะด้านการบริหารยาสามารถให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดีและทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ศึกษาจะประเมินกระบวนการใช้โปรแกรมโดยวัดความคิดเห็นของบุคลากรทีมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (2) การเข้ากันได้ดีกับสิ่งที่มีอยู่เดิม (3) ความซ้ำซ้อน คือ ระดับของความเชื่อว่านวัตกรรมนั้นมีความยาก-ง่ายต่อการเข้าใจและการนำไปปฏิบัติ (4) การทดลองได้ คือ ระดับของนวัตกรรมที่สามารถมองเห็นผลจากการทดลองปฏิบัติเพื่อให้เห็นผลได้จริง (5) การสังเกตได้ คือ ระดับของนวัตกรรมที่สามารถมองเห็นกระบวนการในการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม หากผลของโปรแกรมดังกล่าวช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้จริงทีมบุคลากรจะได้นำไปใช้งานประจำต่อไป