



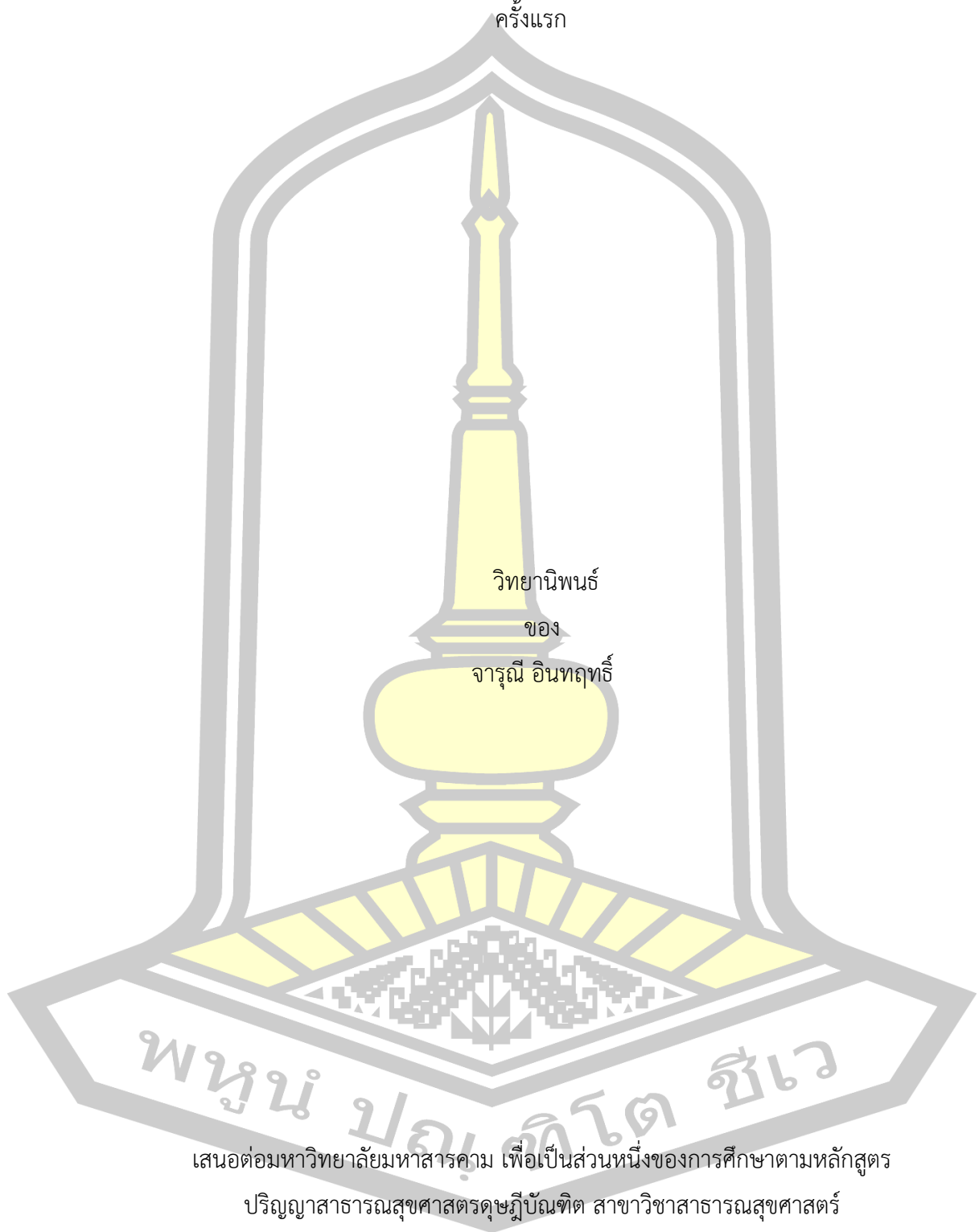
รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท
ครั้งแรก

วิทยานิพนธ์
ของ
จารุณี อินทฤทธิ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
พฤษภาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท
ครั้งแรก

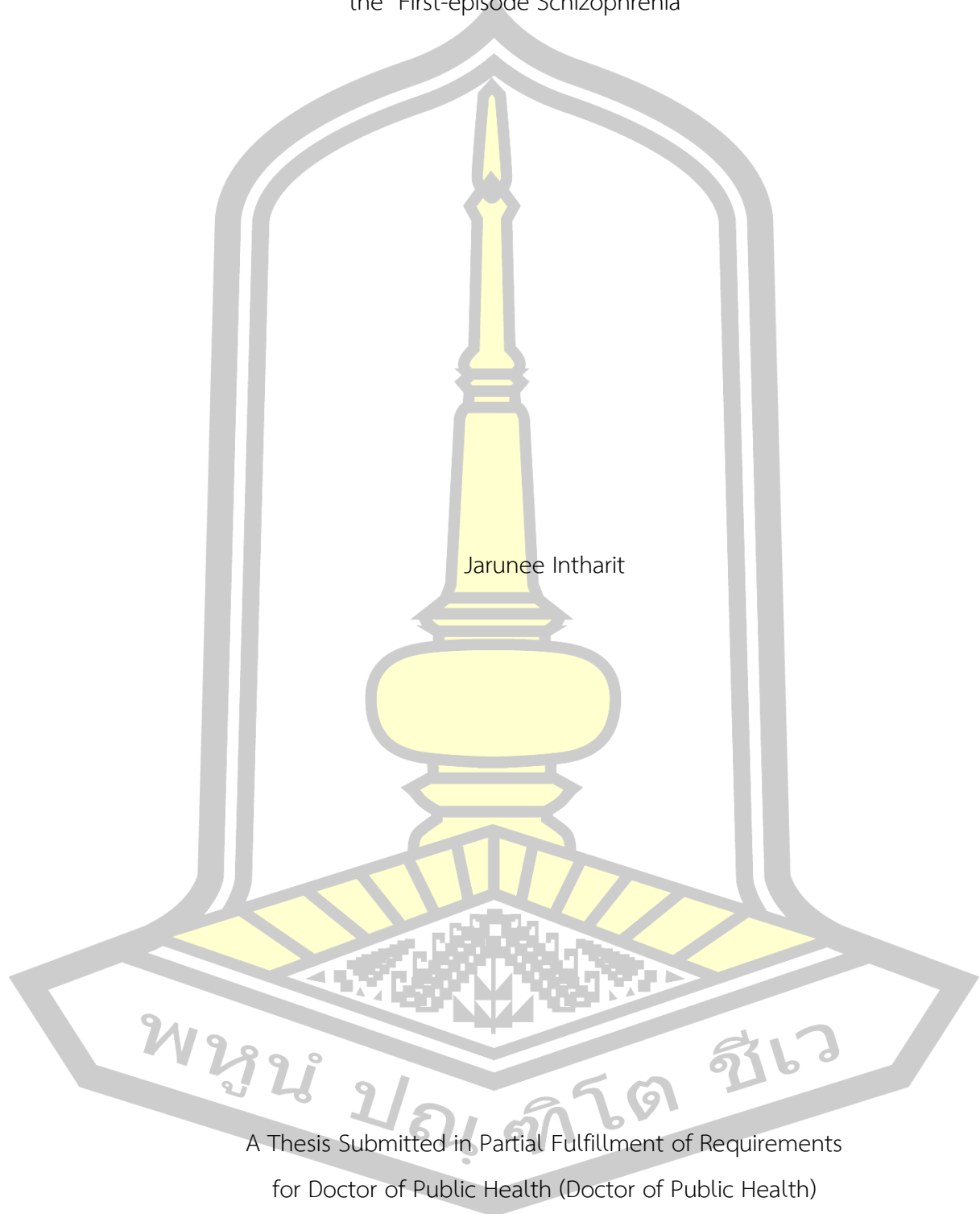


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

พฤษภาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Integrated Care Model to Relieve Psychotic Symptoms and Prevent Relapse in
the First-episode Schizophrenia



Jarunee Intharit

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

May 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางจารุณี อินทฤทธิ์ แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. กุ้เกียรติ ทุดป่อ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(พญ. กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. วิรัตน์ ปานศิลา)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก		
ผู้วิจัย	จารุณี อินทฤทธิ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กู้เกียรติ ทุดปอ รองศาสตราจารย์ ดร. วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร แพทย์หญิง กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ดำเนินการระหว่างพฤษภาคม 2560 ถึงมกราคม 2563 ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลจำนวน 112 คน และบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 34 คน แหล่งศึกษาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการใช้แบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยมีดังนี้ *ส่วนที่ 1* การวิเคราะห์ สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ในผู้ป่วย 10 คน ผู้ดูแล 10 คน บุคลากรทางสุขภาพ 21 คน ผลการ ศึกษาอธิบายถึงการรับรู้เกี่ยวกับ 1) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก 2) ปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก 3) ปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก และ 4) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลฯ *ส่วนที่ 2* ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลฯ ที่สอดคล้องกับบริบทให้บริการ ได้แก่ “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” ซึ่งเป็นการเรียนรู้เพิ่มเติมที่ให้ความรู้กับการบำบัดรักษาโรคจิตเภทตามมาตรฐาน กิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ครอบครัว โดยใช้กระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม 2) การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 3 ครั้ง หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา ในสัปดาห์ที่ 4 12 24 พร้อมกับตรวจตามนัดหรือทางโทรศัพท์ *ส่วนที่ 3* ผลการใช้รูปแบบการดูแลฯ ใช้วิธีการศึกษาเชิงทดลอง แบบวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง ติดตามผลในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คนให้การดูแลตามโปรแกรม กลุ่มควบคุม 28 คน ให้การดูแลตามบริการมาตรฐาน และบุคลากรทางสุขภาพ 13 คนเป็นผู้ให้บริการตามโปรแกรม พบว่า (1) กลุ่มผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการทางจิต และภาวะเครียดน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 1 คน 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมจำนวน 1 คน 3 ครั้ง สาเหตุจากใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ประสบปัญหาทางจิตสังคม ใช้เครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้น/คาเฟอีน ความคิดเห็นที่สะท้อนพัฒนาการ ด้านการรับรู้ตนเอง (insight) ทักษะคิด ความร่วมมือในการใช้ยา การป้องกันกำเริบ ความรู้เรื่องโรค ทักษะจัดการกับความเครียด (2) กลุ่มผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยภาวะเครียดไม่แตกต่างกัน ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 12 24 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ความคิดเห็นที่สะท้อนพัฒนาการด้าน ทักษะคิด ความรู้เรื่องโรค บทบาทผู้ดูแล ทักษะจัดการกับความเครียด (3) บุคลากรทางสุขภาพ ให้ความคิดเห็นในด้าน ปัจจัยความสำเร็จ ประสิทธิภาพของโปรแกรม การเรียนรู้พัฒนาและข้อเสนอแนะ สรุปรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ ที่พัฒนาเป็น “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก: โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” สอดคล้องกับบริบทการให้บริการทางจิตเวชและมีผลลัพธ์ที่เพิ่มศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปกป้องผู้ป่วยจากปัจจัยกำเริบ การวิจัยนี้เสนอแนะการดำเนินการรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ นี้อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพป้องกันการกลับเป็นซ้ำต่อไป

คำสำคัญ : อาการทางจิต, การกลับเป็นซ้ำ, ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก, ผู้ดูแล, การวิจัยและพัฒนา



TITLE	Integrated Care Model to Relieve Psychotic Symptoms and Prevent Relapse in the First-episode Schizophrenia		
AUTHOR	Jarunee Intharit		
ADVISORS	Assistant Professor Kukiattudpor , Ph.D. Associate Professor Wisit Chaveepojnkamjorn , Ph.D. Khanogwan Kittiwattanagul , M.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2020

ABSTRACT

Relapse in the first-episode schizophrenia patients is a common problem in mental health care system. This research and development was aimed to develop and investigate effectiveness of an integrated care model to relieve psychotic symptoms and prevent relapse in the first-episode schizophrenia patients. The study was conducted from May 2017 to January 2020. Participants were 112 clients and 34 professional staff members of a tertiary psychiatric hospital in north-eastern Thailand. Data were collected from medical records, in-depth interviews, group interviews, and questionnaires. Quantitative data were analyzed by descriptive and inferential statistics and qualitative data were analyzed by content analysis methods. The research was divided into 3 parts: 1) situation analysis of psychiatric care services for the first-episode schizophrenia, 2) development of the Integrated care model to relieve psychotic symptoms and prevent relapse in first-episode schizophrenia, and 3) implementation of the model in clients and staff members. The situation analysis of psychiatric care in 10 patients, 10 primary caregivers, and 21 professional staff members' perspectives in psychiatric care services for schizophrenia revealed 4 domains – system and methods of care services, problems and needs for health care, risk factors of relapse, and recommendation for developing the model. The integrated care model was developed and named “1-day group psychoeducation program. This model included a group psychoeducation for the patients with first-episode schizophrenia and their primary caregivers based on the concept of psychoeducational family therapy and using the participatory group activity process; and continuous follow up with appointments and phone calls in the 4th, 12th, and 24th weeks after the group

psychoeducation. The “1-day group psychoeducation program” was implemented to 52 patients (24 for experimental group and 28 for control group). Psychotic symptoms, stress levels, number of relapse, and knowledge on schizophrenia were measured and compared at baseline, 4th, 12th, and 24th weeks after the program. Opinion of patients, primary caregivers, and professional staff members were recorded. Results showed that post-intervention psychotic symptoms measured by positive and negative syndrome scale (PANSS) within the experimental group were significantly less than baseline ($p < 0.001$), but there were no significant differences between control groups. The post-intervention stress levels measured by perceived stress scale (PSS) within experimental group were also significantly less than baseline ($p < 0.001$). The levels of knowledge on schizophrenia significantly increased in both within and between groups ($p < 0.001$). Number of psychotic relapses were 2 times in the experimental group and 3 times in the control group. These relapses were related to drug non-adherence, psychosocial stress. The stress levels primary caregivers were not altered whereas the levels of knowledge on schizophrenia were significantly higher than the baseline both within and between groups in the 12th and 24th weeks after the program ($p < 0.001$). Their opinion reflected learning and growth perspectives in attitude, knowledge, caregivers' role, and stress management skills. The opinion of professional staff members on the program consisted of themes about key success factors, effectiveness, learning, and recommendations. In conclusion, this research suggests that the integrated care model to relieve psychotic symptoms and prevent relapse in first-episode schizophrenia was effective and should be continuously used to improve patient's psychotic symptoms.

Keyword : psychotic symptoms, relapse, first-episode schizophrenia, caregivers, research and development

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจากท่านอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสามท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กภ.ดร.กัญเกียรติ ทุตปอ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร และแพทย์หญิง กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน ประธานกรรมการสอบ และ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ สีทองดีสกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิโรติ ปานศิลา กรรมการสอบ

ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สันติสิทธิ์ เขียวเงิน นายแพทย์ณสมพล หาญดี คุณไพรัชวัลย์ รมช้าย คุณชนิษฐา สนเทห์ อาจารย์เนาวรัตน์ สิงห์สนั่น ที่ให้คำปรึกษาและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จิตแพทย์ สหวิชาชีพ พยาบาลจิตเวช คุณศุภรัตน์ เวชสุวรรณ คุณศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และพี่น้องทีมวิจัยคุณภาพสูงทุกท่านที่สนับสนุนจนการวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี พร้อมทั้งคุณจิตรประสงค์ สิงห์นาง คุณนิภาลักษณ์ ทับนิยม และคุณสาคร โยชิน ซึ่งผู้วิจัยได้รับน้ำใจไมตรีอันดีงามอย่างสม่ำเสมอ

ขอขอบคุณ อาสาสมัครผู้ร่วมการวิจัย ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และคณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งเสริมสนับสนุนทั้งเรื่องการเรียนรู้และการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ปลูกฝังทักษะวิชาการพร้อมจริยธรรมของคณาจารย์บัณฑิตให้เติบโตงอกงาม ตลอดทั้งพี่น้องเพื่อนนิสิตทุกท่านที่ต่างเป็นกัลมิตรเกื้อกูลกันและกันอยู่เสมอ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกรียงศักดิ์ บรรลือ ผู้สนับสนุนการวิจัย

ขอขอบคุณ นายแพทย์กฤษณ์ อินทฤทธิ์ ครอบครัวผู้เป็นที่รักยิ่ง ผู้สร้างเสริมพลังกายและเติมเต็มพลังใจ ให้ผู้วิจัยก้าวต่อและเปิดรับเรียนรู้ทุกประสบการณ์อย่างมีคุณค่า

ขอกราบขอบคุณ คุณพ่อจรัส คุณแม่ทัศนีย์ บรรลือ ผู้เป็นหลักชัยของลูก

ท้ายนี้ขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

“ทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยประเภททุนบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2561”

คุณประโยชน์และความดีงามที่เกิดจากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอน้อมนำบูชาพระคุณบิดา มารดา บุพการี ครูอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

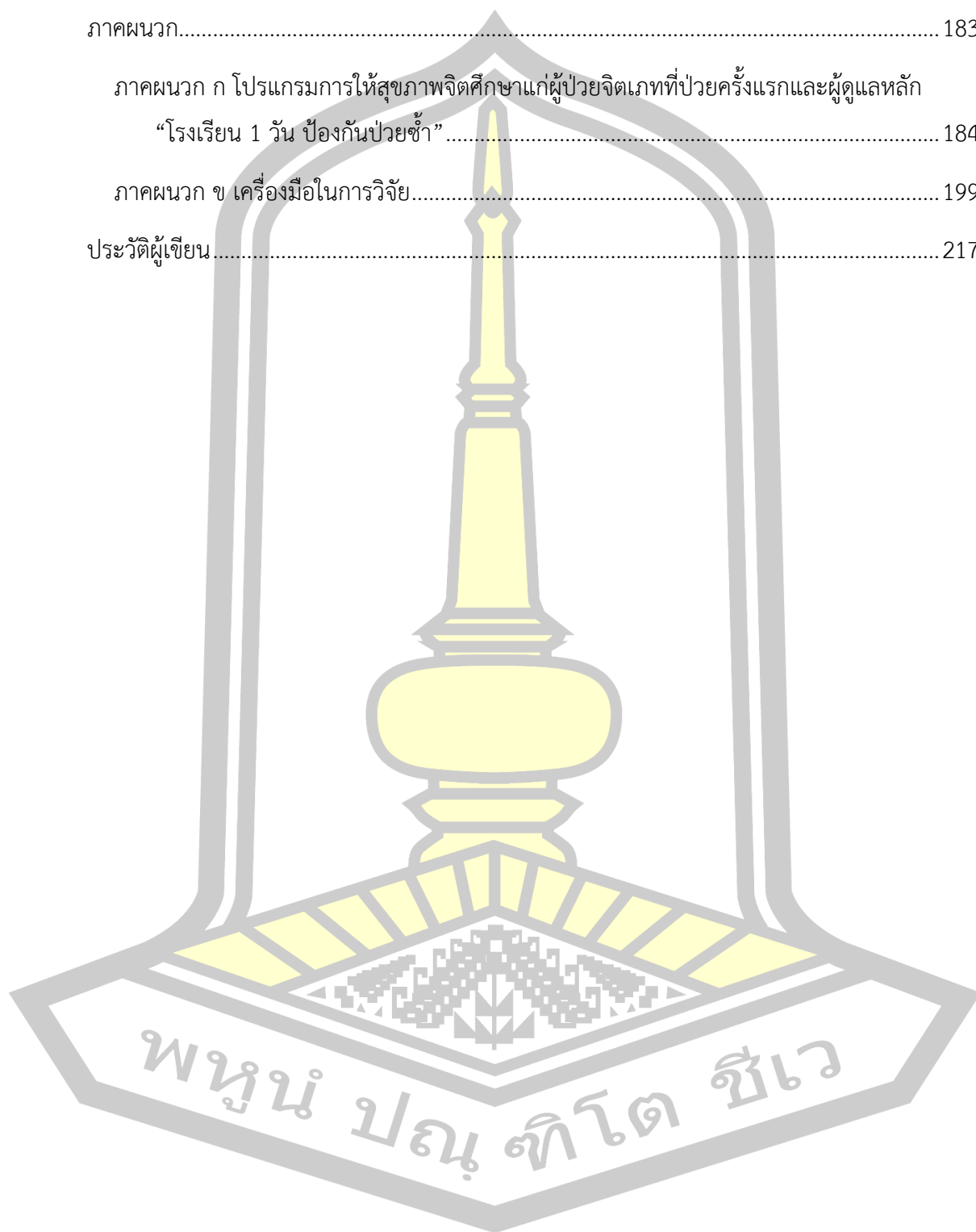
จารุณี อินทฤทธิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 คำถามของการวิจัย	5
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
1.4 สมมุติฐานของการวิจัย.....	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
1.7 ความสำคัญของการวิจัย.....	8
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล.....	9
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	9
2.2 การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก	18
2.3 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท.....	26
2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.....	33
2.5 การวิจัยและพัฒนา	35
2.6 รูปแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำ.....	38

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	46
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
3.6 จริยธรรมในการวิจัย.....	63
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	66
4.1 ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก.....	66
4.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก.....	129
4.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก.....	134
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	149
5.1 สรุปผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก.....	149
5.2 สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก.....	154
5.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก.....	154
5.4 อภิปรายผล.....	158
5.5 ข้อเสนอแนะ.....	165

บรรณานุกรม.....	167
ภาคผนวก.....	183
ภาคผนวก ก โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก “โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ”.....	184
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย.....	199
ประวัติผู้เขียน.....	217



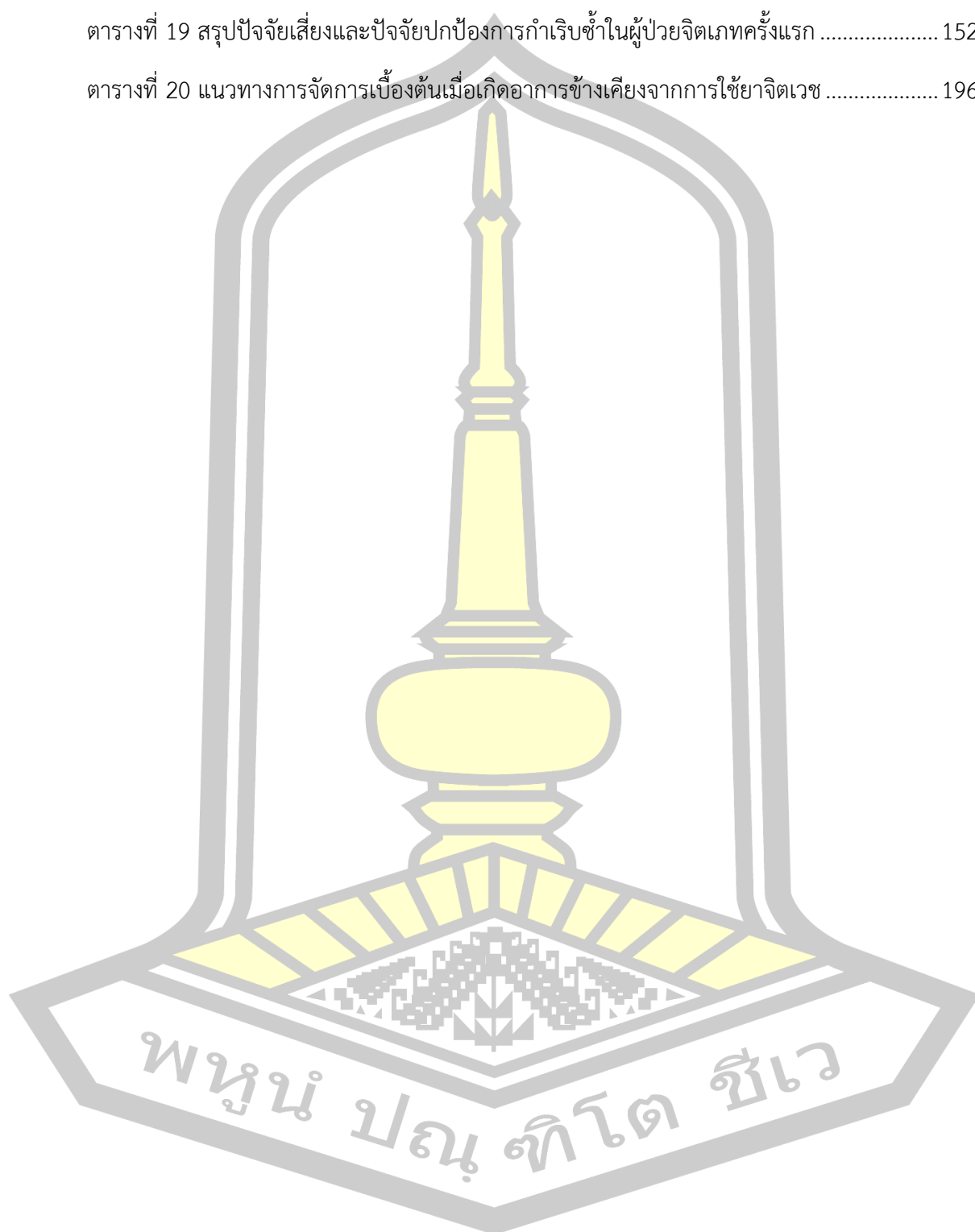
สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เป้าหมายการรักษาโรคจิตเภทตามระยะของโรค	32
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะประชากรของบุคลากรทางสุขภาพ	67
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ดูแลหลัก	68
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ป่วย	69
ตารางที่ 5 ข้อมูลผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำ ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558	80
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำจำแนกตามระยะเวลาการกำเริบซ้ำ เป็นช่วง ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558	82
ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก จุดแข็ง (strengths).....	92
ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก จุดอ่อน (weaknesses).....	93
ตารางที่ 9 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โอกาส (opportunities).....	93
ตารางที่ 10 ประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกและความต้องการแก้ไข จำแนกตาม ด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบการดูแล	103
ตารางที่ 11 สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก	105
ตารางที่ 12 สรุปปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก	126
ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกจำแนกตามลักษณะประชากร	134
ตารางที่ 14 เปรียบเทียบอาการทางจิตโดยรวม ภาวะเครียด และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของ ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	140
ตารางที่ 15 เปรียบเทียบ อาการทางจิตกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	141
ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักจำแนกตามลักษณะประชากร	143
ตารางที่ 17 เปรียบเทียบ ภาวะเครียด และความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	146

ตารางที่ 18 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก 151

ตารางที่ 19 สรุปปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก 152

ตารางที่ 20 แนวทางการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช 196



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบที่ 1 พื้นที่ภายในของสมองบริเวณที่มีความผิดปกติของสารชีวเคมีทั้ง 4 ส่วน nigrostriatal pathway (a) mesolimbic pathway (b) mesocortical pathway (c) tuberoinfundibular pathway (d) (Stahl, 2013).....	11
ภาพประกอบที่ 2 กระบวนการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท	19
ภาพประกอบที่ 3 กระบวนการวิจัยและพัฒนา (ศรายุทธ วิทยุฒิ, 2562).....	37
ภาพประกอบที่ 4 รูปแบบการวิจัยแบบรองรับภายใน (Embedded design) (Creswell & Clark, 2007).....	38
ภาพประกอบที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	45
ภาพประกอบที่ 6 กรอบดำเนินการวิจัย	50
ภาพประกอบที่ 7 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	54
ภาพประกอบที่ 8 การดำเนินการวิจัยในขั้นที่ 3 การใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ	65
ภาพประกอบที่ 9 พื้นที่บริการในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล.....	71
ภาพประกอบที่ 10 แผนผังแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท งานบริการผู้ป่วยนอก	75
ภาพประกอบที่ 11 แผนผังแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท งานบริการผู้ป่วยใน.....	76
ภาพประกอบที่ 12 แผนผังแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท งานบริการสุขภาพจิตและ จิตเวชชุมชน	78
ภาพประกอบที่ 13 จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2549-2559.....	79
ภาพประกอบที่ 14 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกเป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกรายใหม่ ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2559.....	80
ภาพประกอบที่ 15 จำนวนผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำ จำแนกตามภูมิลำเนารายอำเภอใน ปี พ.ศ. 2556 (ก) ปี พ.ศ. 2557 (ข) ปี พ.ศ. 2558 (ค)	81
ภาพประกอบที่ 16 จำนวนผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีการกำเริบซ้ำจำแนกตามภูมิลำเนารายอำเภอ ในปี พ.ศ. 2556 (ก) ปี พ.ศ. 2557 (ข) ปี พ.ศ. 2558 (ค)	83

ภาพประกอบที่ 17 การจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเพิ่มเติมในระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก 130

ภาพประกอบที่ 18 สื่อการเรียนรู้ (1) คู่มือผู้ใช้โปรแกรม (2) คู่มือผู้ร่วมโปรแกรม (3) แผ่น CD... 132

ภาพประกอบที่ 19 กิจกรรม“โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ”..... 133

ภาพประกอบที่ 20 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ด้านอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์..... 138

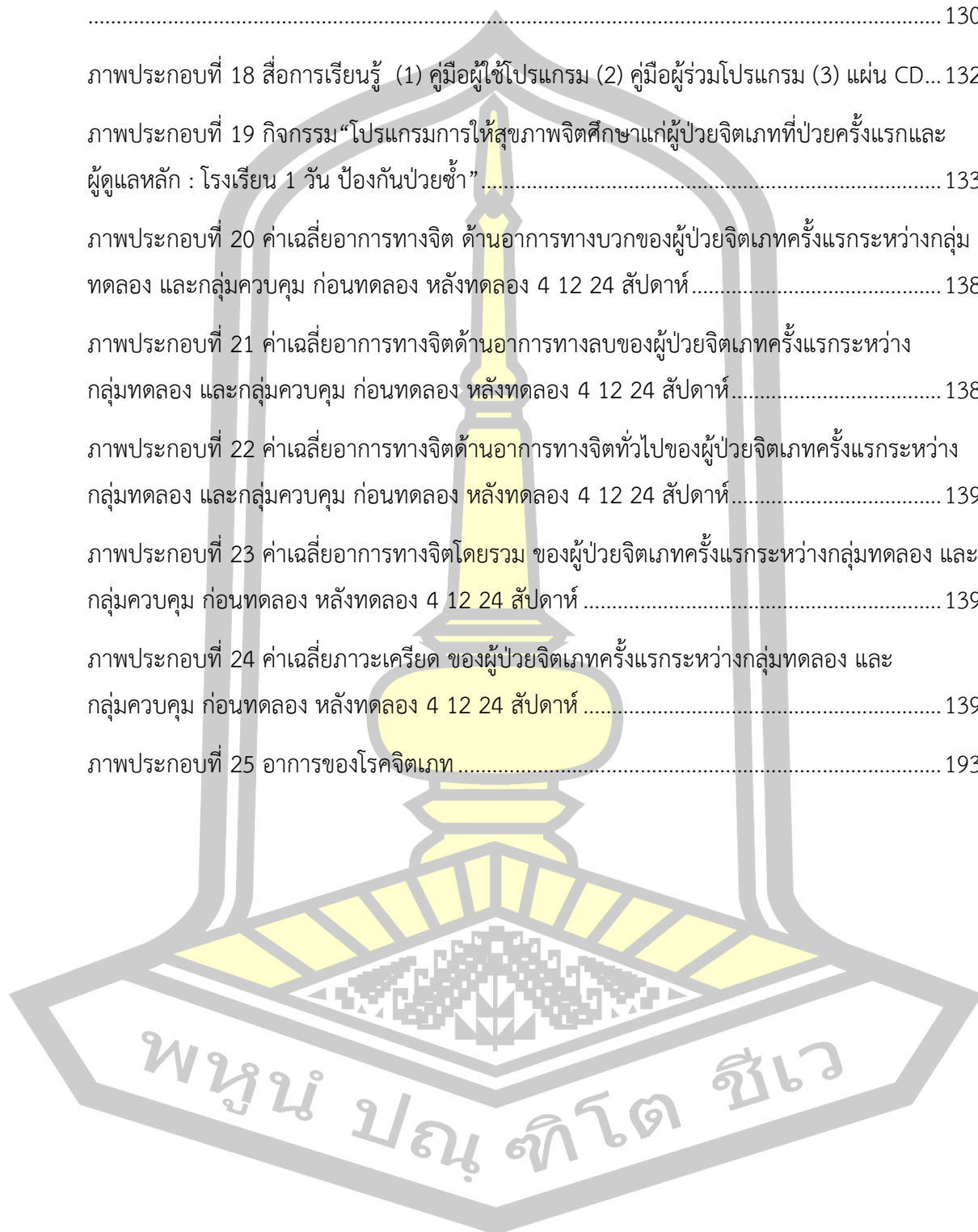
ภาพประกอบที่ 21 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตด้านอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์..... 138

ภาพประกอบที่ 22 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตด้านอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์..... 139

ภาพประกอบที่ 23 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์ 139

ภาพประกอบที่ 24 ค่าเฉลี่ยภาวะเครียด ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์ 139

ภาพประกอบที่ 25 อาการของโรคจิตเภท..... 193



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติที่เกี่ยวกับความคิด ร่วมกับความผิดปกติของ อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและ สังคม (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) (Tandon et al., 2013) ลักษณะการ ดำเนินของโรคมี่ทั้งความรุนแรงและเรื้อรัง แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาลงจนสามารถ กลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ แต่พบว่ายังมีอาการหลงเหลือ และมีโอกาสเกิดอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ผู้ป่วยที่รักษาอย่างต่อเนื่อง มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสะสมร้อยละ 16.00 หากผู้ป่วยขาดการรักษาจะมี อัตราการกลับเป็นซ้ำสะสมร้อยละ 52.00 ภายในระยะเวลา 2 ปี (Emsley et al., 2013) และพบว่าร้อยละ 94 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ยังคงมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม บางอย่างที่หลงเหลืออยู่ (Schennach et al., 2015) ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถทางสังคมลดลง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้นในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการทำงาน ส่งผลให้เกิดการไร้ ความสามารถ คุณภาพชีวิตไม่ดี เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (Hsiao et al., 2012; Othman et al., 2013; (Grigolato et al., 2014) นอกจากนี้ การละเมิดสิทธิและตราบาปที่มีต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งผลให้ปัญหาหนักมากขึ้นทั้งเพิ่มความเสี่ยง จุดลงสู่ความยากจน ขัดขวางการดูแลและฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ป่วย ทำให้เกิดผลกระทบต่ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัว รวมถึงสังคมและ เศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (Phanthunane et al., 2010; Chong et al., 2016)

องค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหา 1 ใน 10 โรคแรกที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years) และ ภาวะโรค ในกลุ่มอาการผิดปกติทางจิต และพฤติกรรม (mental and behavioral disorders) ยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องมาจนถึง ปี 2010 (Murray et al., 2012) ซึ่งเป็นการสร้างความตระหนักไปทั่วโลกในการสร้างความเข้าใจ ต่อ ภาวะโรคและร่วมกันกำหนดเป้าหมายสำหรับวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ ปี 2015 จนถึงปัจจุบัน (World health statistics, 2016) การสำรวจระบาดวิทยาในชุมชนทั่วโลก ประมาณการว่าในประเทศกำลังพัฒนาประชากรมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 1.00-1.50 พบ ผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคนต่อปี (World Health Organization., 2015) อุบัติการณ์ของโรคจิต เภทมีค่าประมาณ 15.20 ต่อแสนคนต่อปี และเพศชายมีแนวโน้มป่วยได้มากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณ 4 ต่อ พันคน (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และ มานิต ศรีสุร ภาณนท์, 2552)

ประเทศไทยการป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรคนี้มีผู้ป่วยมารับบริการมากเป็นอันดับที่หนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมด และพบมากเป็นลำดับที่หนึ่งในทุกปีงบประมาณ เช่น ปี 2554-2556 ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมจิตเภทและความหลงผิด (schizophrenia, schizotypal and delusion disorders) มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการคิดเป็น ร้อยละ 36.05 36.12 35.01 ตามลำดับ ผู้ป่วยใน (รับไว้รักษา) ร้อยละ 47.30 49.20 48.14 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ทั่วประเทศมีผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท เกือบห้าแสนคน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ในพื้นที่ศึกษา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สถิติผู้ป่วยระหว่างปี 2555-2559 พบว่ามีผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ร้อยละ 39.40 38.70 38.40 38.24 36.80 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำแนกเป็นผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทรายใหม่ ร้อยละ 11.10 9.40 9.30 10.23 9.01 ตามลำดับและสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มี ร้อยละ 46.90 50.20 49.70 49.37 46.15 ตามลำดับ และในระยะ ปีงบประมาณ 2556-2558 ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษามีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากขึ้นเล็กน้อย คือ 19.15 21.31 21.79 วัน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2555-2559) เมื่อนำมาวิเคราะห์และจำแนกตามวันที่ผู้ป่วยได้กลับเข้ามา รักษาซ้ำด้วยรหัสโรคเดิม (readmitted) ภายใน 3 เดือน 3-6 เดือน และ 6-12 เดือน พบว่า ปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ จำนวน 33 43 32 คนตามลำดับ จำแนกเป็นมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 27 32 23 คน ในช่วง 3-6 เดือน จำนวน 4 9 13 คน และในช่วง 6-12 เดือน จำนวน 2 2 4 คน ซึ่งการกำเริบซ้ำในช่วง 3-6 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (พิมพ์ภัทสร แสงบัณฑิต, ศิโรรัตน์ มงคลสวัสดิ์, 2558) ในปีงบประมาณ 2558 มีผู้รับบริการที่จำแนกประเภทเป็น ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ประกอบด้วยผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยล่ามขัง ผู้ป่วยที่ญาติและชุมชนไม่ยอมรับ และผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งได้รับการติดตามเยี่ยม จำนวน 24 ราย และนอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลการติดตามเยี่ยมในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่และผู้ป่วยจิตเภทรักษาซ้ำที่เครือข่ายติดตามเยี่ยมกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละ 7.0 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2558)

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าโรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัย มุมมองต่อความผิดปกติทางจิตและสาเหตุของความเจ็บป่วยตามแนวคิดรูปแบบชีวภาพการแพทย์ (bio-medical model) มองว่าโรคทางจิตเป็นโรคอย่างหนึ่งที่มีการดำเนินโรคที่เฉพาะเจาะจง มีพยาธิสภาพทางกาย และสามารถให้การรักษาที่สอดคล้องไปตามการวินิจฉัย (Varcarolis, 2002) สาเหตุของโรคประกอบด้วยปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยด้านระบบสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการทำงานของสารสื่อประสาท“โดปามีน”มากเกินไปและความบกพร่องของสารสื่อประสาทนี้ทำให้เกิดอาการทางจิต (John et al., 2015) ส่วนแนวคิดรูปแบบทางจิตสังคม (psycho-social model) มีความเชื่อว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยมาจากปัจจัยความผิดปกติของพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก ในขวบปีแรก ที่ทำให้เกิดความผิดปกติในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรมและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมถึงการตอบสนองต่อความเครียดที่ไม่ดี (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ ไม่เป็นมิตร และมีการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Gurak & Weisman de

Mamani, 2015; Koutra et al., 2014) รวมทั้งปัจจัยด้าน ความเปราะบางหรือจุดอ่อนบางประการ ของบุคคลที่มีอยู่ก่อนแล้วเมื่อพบกับสภาพกดดันหรือความเครียด จึงใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Delawalla, 2010) จนแสดงอาการของโรคจิตเภท (Abela & Hankin, 2005)

โรคจิตเภทมีการดำเนินโรครทั้งในแบบที่มีการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรังและในแบบที่มีช่วงอาการกำเริบเฉียบพลันหรือป่วยซ้ำ กลยุทธ์ในการบำบัดรักษาโรคให้ได้ผลจึงควรเป็นแบบบูรณาการหลายวิธีร่วมกัน โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง ให้การรักษาที่สอดคล้องกับระยะของโรค ให้การดูแลฟื้นฟูที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการบำบัดรักษา (treatment modalities) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีหลายรูปแบบ ประกอบด้วยรูปแบบ 1) การบำบัดทางชีวภาพการแพทย์ เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และโชนบำบัด ร่วมกับ 2) การบำบัดรักษาทางจิตสังคม เช่น โปรแกรมการรักษาครอบครัว การรักษาจิตบำบัดแบบกลุ่ม การดูแลรักษาในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม 3) การรักษาด้วยจิตบำบัด เช่น จิตบำบัดแบบประคับประคอง จิตบำบัดปรับความคิดการรับรู้และพฤติกรรม จิตบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตบำบัดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ หรือ 4) การแพทย์ทางเลือก เช่น การทำสมาธิ สติบำบัด การสวดมนต์ การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร และหัตถเวช (นันทวิช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2558; Antai-Otong, 2008; Varcarolis & Halter, 2010; Katerine M. Fortinash, & Worret, 2012)

การวิเคราะห์รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศ ไทยพบว่ารูปแบบการบำบัดทางชีวภาพการแพทย์ โดยการรักษาด้วยยา เป็นวิธีหลักในการบำบัดรักษาผู้ป่วย รองลงมาคือการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา

การรักษาด้วยยา เป็นวิธีการรักษาอันดับแรกๆที่ให้แก่ผู้ป่วยทุกราย ซึ่งเป็นวิธีได้รับการยอมรับมาอย่างยาวนานและมีแนวปฏิบัติอันเป็นมาตรฐาน ยารักษาโรคจิต (antipsychotics drugs) จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทในสมอง มีการยับยั้งต่อตัวจับโดปามีนซึ่งช่วยควบคุมอาการทางจิตให้ทำให้อาการแสดงของโรคลดลงเกือบทุกอาการโดยเฉพาะอาการทางบวกและมีอาการดีขึ้นมากจนถึงหายจากอาการ หรืออยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงหลายแบบ เช่น อาการข้างเคียงชนิดเอ็กทราพิรามิดอล (extrapyramidal effects) (Chakos et al., 1992) (Robinson et al., 2002) ที่พบได้ร้อยละ 40 พบ ประกอบด้วยอาการคล้ายโรคพาร์คินสัน เช่น เคลื่อนไหวได้ช้า ลื่นแข็งน้ำลายไหลย่อย อาการเกร็งหดตัวของกล้ามเนื้อ (dystonia) เช่น คอบิด หลังแอ่น อาการรู้สึกไม่สบายที่กล้ามเนื้อ (akathisia) จนทำให้กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการให้ยาต้านโรคพาร์คินสันและการรักษาตามอาการ แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาระยะยาว เนื่องจากผลข้างเคียงดังกล่าว ทำให้อาการทางจิตกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial interventions) เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบการบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ มีการตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง มีการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่มีต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและผู้อื่นและส่งเสริมให้ร่วมมือกับการรักษา (Chakos et al., 1992; Xia et al., 2011a) การให้สุขภาพจิตศึกษาด้วยมีเทคนิคเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชหายจากการเจ็บป่วย ลดความรุนแรงและระยะเวลาการเจ็บป่วย รวมทั้งช่วยให้อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมด้วย (Xia et al., 2011a; Xia et al., 2011b; Zapata Ospina et al., 2015)

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างมาก เป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้ดูแลและครอบครัว รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นแกนนำในการดูแลโดยใช้องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและศาสตร์และสาขาอื่นๆ บูรณาการอย่างเป็นองค์รวม ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยตนเอง ได้รับการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการทางจิตที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก รวมถึงพัฒนาทักษะจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การเผชิญความเครียดและความขัดแย้ง ให้มีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นจากโรงพยาบาลนำไปใช้ที่บ้านและสังคมเดิมของผู้ป่วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2554) องค์ประกอบดูแลรักษาแบบบูรณาการ (integrated treatment) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก ในต่างประเทศประกอบด้วย การดูแลรักษาในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ การให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัว การฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งทำควบคู่ไปกับการการให้ยารักษาโรคจิต (Bertelsen et al., 2008; Oehlenschlaeger et al., 2008) ในประเทศไทยแม้จะมีข้อจำกัดหลายประการแต่พบว่าการบำบัดรักษาที่ให้ตามมาตรฐานทั่วไป ประกอบด้วย การให้ยารักษาโรคจิต การให้สุขภาพจิตศึกษา รวมทั้งวิธีการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลดีอื่น ๆ ตามศักยภาพของสถานบริการสุขภาพนั้น ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอาการทางจิตและความรุนแรงของโรค ปกป้องผู้ป่วยให้ปลอดภัย ป้องกันอาการกำเริบรวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถนะในระยะยาว (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552) ดังนั้นประเด็นการพัฒนากระบวนการดูแลให้มีประสิทธิภาพโดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมร่วมกับการบูรณาการความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำไปใช้ในกระบวนการดูแลอย่างได้ผลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความมุ่งหมายที่จะพัฒนารูปแบบบูรณาการการดูแลเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก ที่สอดคล้องกับบริบทการให้บริการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยบูรณาการความร่วมมือของบุคลากรทางสุขภาพ และผู้รับบริการ ร่วมกับบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการบำบัดรักษาที่ครอบคลุม ประกอบด้วย การบำบัดทางชีวภาพการแพทย์ ที่มุ่งเน้นปรับภาวะสมดุลให้แก่การทำงานของระบบสารชีวเคมีในสมองเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่มุ่งเน้นให้ความรู้เรื่องโรคและภาวะการเจ็บป่วย ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่มุ่งเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองและทักษะต่างๆ สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้แก่บุคลากรสุขภาพสำหรับการสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันอาการทาง

จิตกำเริบอย่างได้ผล การศึกษานี้้นอกจากจะมีความสอดคล้องไปกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ที่มุ่งให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลและยั่งยืน และให้ความสำคัญกับประเด็นการพัฒนาคน และสังคมไทยสู่สังคมคุณภาพแล้ว ยังมุ่งสร้างภูมิคุ้มกันตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน ซึ่งปรากฏชัดเจนดังยุทธศาสตร์การส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งสุขภาพจิตอย่างเป็นองค์รวม ที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพะคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ (สำนักนายกรัฐมนตรื, 2558) โดยอยู่ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพฉบับปัจจุบัน ตามมาตรการและแนวทางการพัฒนาที่มุ่งพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพที่มีความจำเพาะและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพในทุกกระดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข., 2560)

ผู้วิจัยเชื่อมั่นเป็นว่าผลจากกระบวนการศึกษานี้ นอกจากจะสามารถเพิ่มแนวทางปฏิบัติด้านการบำบัดดูแลฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกแล้วผลประโยชน์สูงสุดของงานวิจัยนี้ยังจะช่วยเพิ่มโอกาสแห่งการกลับคืนสู่การมีสุขภาพะของบุคคล ที่พร้อมด้วยความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ และเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม

1.2 คำถามของการวิจัย

รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกมีกระบวนการอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1.3.1.1 เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

1.3.2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

การศึกษานี้มีสมมติฐานการวิจัยคือ ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก อาสาสมัครที่เป็นกลุ่มทดลองมีอาการทางจิต ภาวะเครียด และการกลับเป็นซ้ำ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มทดลองมี ความรู้ มากกว่ากลุ่มควบคุม

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก มีผู้ร่วมวิจัยและพัฒนาเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก ผู้ดูแลหลัก และบุคลากรทางสุขภาพ ดำเนินการศึกษาภายใต้บริบทของแหล่งบริการสุขภาพจิตระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึง มกราคม พ.ศ. 2563

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ หมายถึง โปรแกรมการเรียนรู้เพิ่มเติมสำหรับผู้รับบริการ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก ดำเนินการควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามมาตรฐานของแหล่งบริการ รูปแบบการดูแลนี้พัฒนาจากแนวคิด 1) การบำบัดทางชีวภาพการแพทย์ ที่มุ่งเน้นปรับภาวะสมดุลให้แก่การทำงานของระบบสารชีวเคมีในสมองเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยให้มีการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง และ 2) รูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่มุ่งเน้นให้ความรู้เรื่องโรคและภาวะการเจ็บป่วย ร่วมกับ 3) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่มุ่งเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองและทักษะต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ร่วมกับการประสานความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ โปรแกรมการเรียนรู้เพิ่มเติม นี้คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก ในระยะเวลา 1 วัน เรื่อง ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ บทบาทของญาติ/ผู้ดูแล กิจกรรมที่ 2 การติดตามดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแล้ว ในสัปดาห์ที่ 4 12 24 รวม 3 ครั้ง

1.6.2 ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรก รหัสโรค F 20 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 มารับรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 2 ปี นับจากวันที่มีอาการครั้งแรก โดยผู้ป่วยต้องมีอาการชัดเจน 1 ข้อ

หรือมากกว่า 2 ข้อถ้าไม่ชัดเจน ในข้อ 1-4 หรือมีอาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552; World Health Organization, 1993) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนับตั้งแต่มมีอาการครั้งแรกไม่เกิน 2 ปี (Breitborde et al., 2015)

1) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (thought echo) ความคิดของตนเองถูกดึงออกหรือถูกแทรกหายไปกระทันหัน (thought withdrawal or insertion) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (thought broadcasting)

2) มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม (delusion of control) และหลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (delusional perceptions)

3) อาการประสาทหลอนทางหู

4) ความหลงผิดชนิดอื่น ซึ่งเป็นอยู่นานและไม่สอดคล้องตามความเชื่อและวัฒนธรรม

5) อาการประสาทหลอนอื่นๆ ซึ่งเป็นอยู่นาน

6) ความคิดแตกแยก ไม่ประติดประต่อ ทำให้การพูดฟังไม่รู้เรื่อง (incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่เอง (neologisms)

7) พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติ (catatonic behavior) อาจมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ (excitement) จับอยู่ท่าใดมกอยู่ท่าหนึ่งนานๆ (waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย (stupor) หรือกระทำต่อต้าน (negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

8) อาการด้านลบ (negative symptoms)

9) พฤติกรรมบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจสิ่งต่างๆ เกียจคร้าน ไม่มีจุดหมาย เก็บตัว หมกมุ่นกับตนเอง

1.6.3 อาการทางจิตหมายถึง อาการและพฤติกรรมผิดปกติที่แสดงออกมาอันเนื่องจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก เช่น ความคิดหลงผิด หูแว่ว ภาพหลอน กลุ่มอาการด้านลบ เช่น การสูญเสียหน้าที่ อารมณ์เฉยเมย และกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป เช่น ภาวะวิตกกังวล ตึงเครียด ประเมินอาการทางจิตโดยแบบประเมินอาการทางจิต PANSS (positive and negative syndrome scale) ที่สร้างโดย Kay S.R. และคณะ (Kay et al., 1987) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย (PANSS-T) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ค่าคะแนนที่สูงแสดงถึงอาการที่มีความรุนแรง (Nilchaikovit et al., 2000)

1.6.4 การกลับเป็นซ้ำหมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลงในระดับความรุนแรงที่มากขึ้น เช่น มีความคิดหลงผิด หูแว่ว ภาพหลอน และมีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันพิจารณาได้จาก 1) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพื่อรับการบำบัดอาการดังกล่าว และหรือ 2) การประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต PANSS-T มีคะแนนรวมเพิ่มขึ้น มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากคะแนนพื้นฐาน และมีคะแนนรายข้อมากกว่า 4 คะแนน 3) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนพฤติกรรมไปในทางที่มีความรุนแรงมากขึ้น หรือมีความคิดทำลายตนเอง (Olivares et al., 2013)

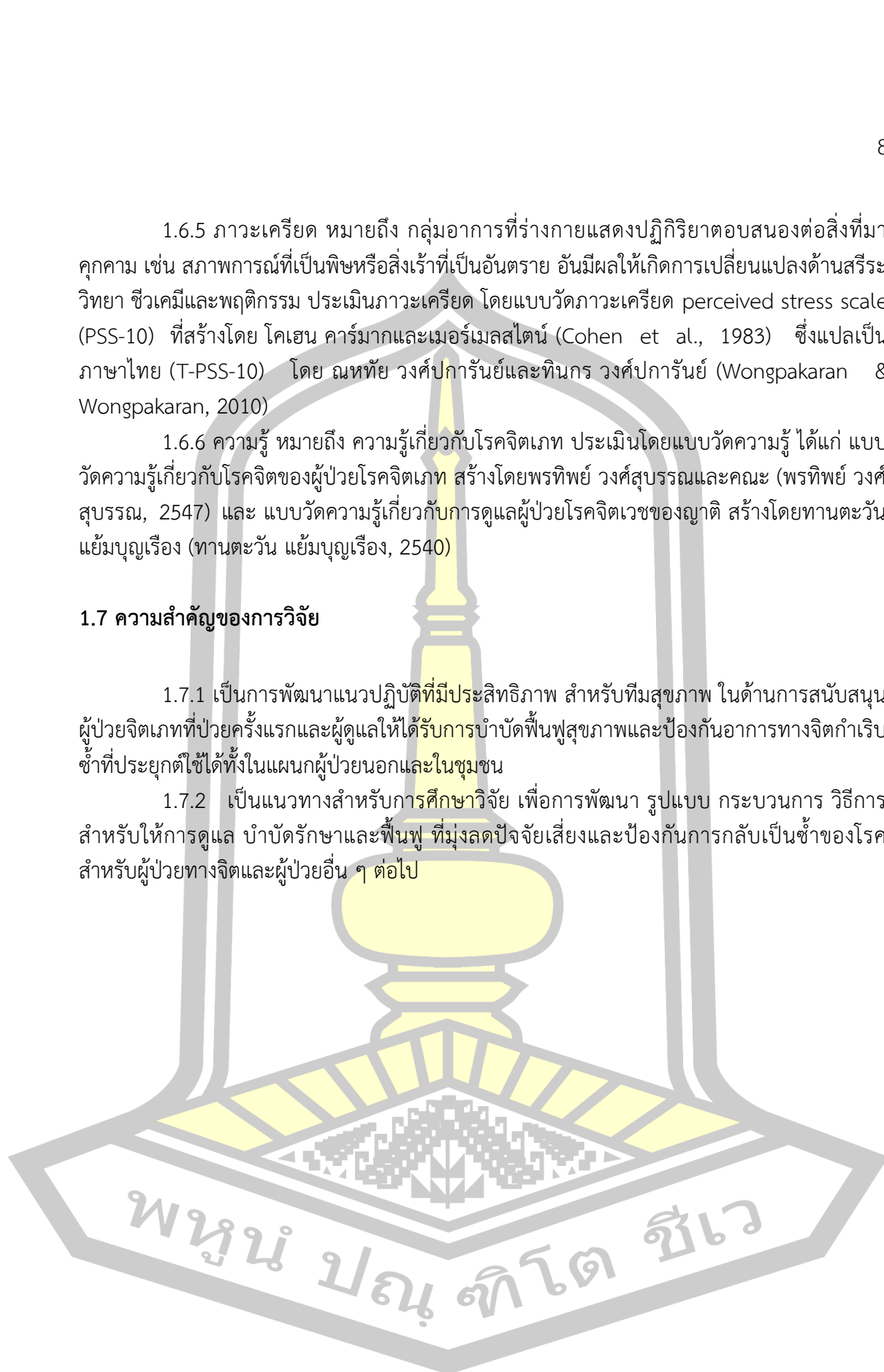
1.6.5 ภาวะเครียด หมายถึง กลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เช่น สภาพการณ์ที่เป็นพิษหรือสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย อันมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา ชีวเคมีและพฤติกรรม ประเมินภาวะเครียด โดยแบบวัดภาวะเครียด perceived stress scale (PSS-10) ที่สร้างโดย โคเฮน คาร์มากและเมอร์เมสไตน์ (Cohen et al., 1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย (T-PSS-10) โดย ณททัย วงศ์ปการันย์และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010)

1.6.6 ความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประเมินโดยแบบวัดความรู้ ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท สร้างโดยพรทิพย์ วงศ์สุบรรณและคณะ (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ, 2547) และ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชของญาติ สร้างโดยทานตะวัน แยมบุญเรือง (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540)

1.7 ความสำคัญของการวิจัย

1.7.1 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ สำหรับทีมสุขภาพ ในด้านการสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพและป้องกันอาการทางจิตกำเริบซ้ำที่ประยุกต์ใช้ได้ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและในชุมชน

1.7.2 เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัย เพื่อการพัฒนา รูปแบบ กระบวนการ วิธีการ สำหรับการให้การดูแล บำบัดรักษาและฟื้นฟู ที่มุ่งลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค สำหรับผู้ป่วยทางจิตและผู้ป่วยอื่น ๆ ต่อไป



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษารูปแบบบูรณาการการดูแลเพื่อลดอาการทางจิตเภทและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
- 2.2 การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก
- 2.3 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท
- 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 การวิจัยและพัฒนา
- 2.6 รูปแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำ
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

2.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

มีผู้เชี่ยวชาญหลายท่านให้นิยามของโรคจิตเภทแตกต่างกันออกไป ดังนี้ Sadock และคณะ กล่าวว่า โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติที่แสดงออกทั้งทางด้านการคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม (Sadock et al., 2000) ในขณะที่ มาโนช และปราโมทย์ ให้นิยามว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของสมองอย่างหนึ่ง อาการที่สำคัญคือมีความผิดปกติในการคิด ร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ หรืออาจกล่าวได้ว่ามีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือ อารมณ์ที่อ้อม มีความผิดปกติในการรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของ Tandon และคณะ ที่กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติซึ่งมีลักษณะ เฉพาะคือมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ การดำเนินโรคมีลักษณะต่อเนื่องหรือมีอาการรุนแรงเป็นช่วงๆ มีการฟื้นคืนได้ทั้งหมดหรือบางส่วน (Tandon et al., 2013)

โดยสรุปโรคจิตเภท (schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ การใช้ภาษา การรับรู้ในตนเองและพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อาการสำคัญที่พบเป็นส่วนมากประกอบด้วย กลุ่มอาการบวก เช่น ความคิดหลงผิด หูแว่ว และกลุ่มอาการลบ เช่น การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์

การดำเนินโรคมักมีลักษณะต่อเนื่องหรือมีอาการรุนแรงเป็นช่วงๆ มีการฟื้นคืนได้ทั้งหมดหรือบางส่วน (World Health Organization, 2015)

2.1.2 สาเหตุ

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าโรคจิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน แนวคิดที่อธิบายสาเหตุของโรคจิตเภท ในปัจจุบันได้แก่ แนวคิดรูปแบบชีวภาพการแพทย์ (bio-medical model) ที่แบ่งเป็นปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางชีวภาพ แนวคิดรูปแบบทางจิตสังคม (psycho-social model) ที่แบ่งเป็นความผิดปกติจากปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.2.1 สาเหตุของโรคตามแนวคิดรูปแบบชีวภาพการแพทย์ (bio-medical model)

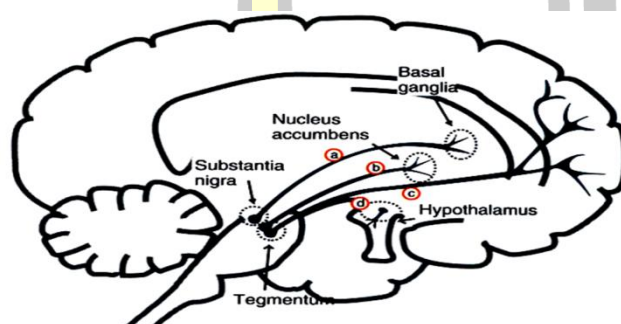
แนวคิดรูปแบบทางชีวภาพการแพทย์ เน้นการศึกษาเกี่ยวกับระบบประสาท สารเคมีในสมอง และปัจจัยทางพันธุกรรมเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับร่างกายและจิตใจที่เกี่ยวข้องต่อกัน ทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึกหรือพฤติกรรมต่างๆ แนวคิดนี้ช่วยอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท ที่มองความผิดปกติทางจิตว่าเป็นโรคอย่างหนึ่ง เช่นเดียวกับโรคทางร่างกายอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ มีการดำเนินโรคที่เฉพาะเจาะจง มีพยาธิสภาพทางกาย และการรักษาเป็นไปตามการวินิจฉัย สาเหตุของโรคหรือความผิดปกตินั้น ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพเหล่านั้นได้แก่

1) ปัจจัยด้านพันธุกรรม การศึกษาด้านพันธุกรรมสนับสนุนว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท การศึกษา โรคจิตเภทในฝาแฝด คนในครอบครัว บุตรบุญธรรม และญาติของผู้ป่วยพบว่ายังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดยิ่งมากจะมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชาชนทั่วไป ข้อมูลทางพันธุศาสตร์ที่พบคือ ความชุกของโรคจิตในประชากรคือ ร้อยละ 1 monozygotic twin concordance rate ของโรคจิตเภทสูงที่สุดคือ ร้อยละ 50 (Insel, 2010) บุตรที่ทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคจิตเภทจะมีความชุกร้อยละ 40 ฝาแฝด dizygotic twin ของโรคจิตเภทมีความชุกร้อยละ 12 บุตรที่มารดาบิดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคจิตเภทมีความชุกร้อยละ 12 เช่นเดียวกัน พี่น้องของผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ไม่ใช่ฝาแฝดกันมีความชุกร้อยละ 8 ผู้ที่มีมารดา บิดา หรือพี่น้องที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสี่ยงสัมพัทธ์เป็น 9.31 7.20 และ 6.99 เท่า ตามลำดับเมื่อเทียบกับบุคคลที่ไม่มีพ่อแม่หรือพี่น้องที่ป่วย (Mortensen et al., 1999) และได้มีการศึกษาจนพบว่าฝาแฝดที่ถูกเลี้ยงโดยบิดามารดาบุญธรรมก็มีอัตราการเป็นโรคจิตเภทเท่ากับฝาแฝดที่ถูกเลี้ยงโดยมารดาบิดาที่แท้จริง แสดงว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมมีอิทธิพลมากกว่าสิ่งแวดล้อม (Kety, 1987)

2) ปัจจัยทางชีวภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านระบบสารชีวเคมีในสมอง ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยด้านระบบสารชีวเคมีในสมอง จากสมมติฐานโดปามีน ซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการทำงานของโดปามีนมากเกินไป (dopamine hyperactivity) โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ความผิดปกติของ post-synaptic และความบกพร่องของสารสื่อประสาท dopamine ในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการด้านลบและการเพิ่มเซลล์ประสาทลึกลงใน limbic system ซึ่งเชื่อว่าทำให้เกิดอาการด้านบวก

นอกจากนี้สารสื่อประสาทอื่นที่อาจผิดปกติจนเป็นสรีระพยาธิวิทยา ของโรคจิตเภทได้แก่ norepinephrine และ gamma amino butyric acid (Keilp et al., 1988; Insel, 2010; John et al., 2015) โดปามีน มีการทำงานในสมอง 4 ส่วน ได้แก่ ส่วน nigrostriatal pathway (a) ทำหน้าที่เกี่ยวกับการประสานงานกันของกล้ามเนื้อ ส่วน mesolimbic pathway (b) ทำหน้าที่เกี่ยวกับการตอบสนอง ขับเคลื่อนพฤติกรรมมนุษย์ต่อสิ่งที่ได้รับ เช่นความพึงพอใจ ส่วน mesocortical pathway (c) ทำหน้าที่เกี่ยวกับ ควบคุมความตั้งใจ ความจำ การใช้เหตุผลและการวางแผน และส่วน tuberoinfundibular pathway (d) ทำหน้าที่เกี่ยวกับการส่ง ฮอร์โมน โพรแลคติน (Stahl, 2013) ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 พื้นที่ภายในของสมองบริเวณที่มีความผิดปกติของสารชีวเคมีทั้ง 4 ส่วน nigrostriatal pathway (a) mesolimbic pathway (b) mesocortical pathway (c) tuberoinfundibular pathway (d) (Stahl, 2013)

ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง จากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีการขยายของ ช่องสมองด้านข้าง (lateral ventricles) และ พบว่าปริมาณเนื้อสมอง น้อยลงกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และ hippocampus ในระบบ limbic มีขนาดกลาง การค้นพบนี้อธิบายว่า การเสื่อมสลายของระบบประสาทเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท (Keilp et al., 1988)

2.1.2.2 สาเหตุของโรคตามแนวคิดรูปแบบทางจิตสังคม (psycho-social model)

แนวคิดรูปแบบทางจิตสังคม มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากปัจจัยทางจิตสังคม แนวคิดทฤษฎีที่กล่าวถึงสาเหตุความเจ็บป่วยทางจิตรวมทั้งโรคจิตเภท มีดังนี้

1) ปัจจัยด้านจิตใจ จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก ในขวบปีแรกทำให้เกิดความผิดปกติในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา การคิด การตัดสินใจและการรับรู้ ซึ่งผู้ป่วยมีการรับรู้และไวต่อความเครียด มากกว่าปกติ และการตอบสนองต่อความเครียดไม่ดี

2) ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม การศึกษาสภาพครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง ของสมาชิกในครอบครัว คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์

ความรู้สึกไม่เป็นมิตร และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของโรค นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่นั้นพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำเนื่องจากความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจนเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดโรค

โดยสรุป การเกิดโรคจิตเภทมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ ระบบสารชีวเคมีในสมอง และกายวิภาคของสมองที่ผิดปกติ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก รวมทั้งปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

2.1.3 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีหลายเกณฑ์ ที่นิยมใช้เป็นมาตรฐานสากล คือเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) และเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ซึ่งเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.1.3.1 การวินิจฉัยโรคตามการจำแนก โรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (international statistical classification of diseases and related health problems tenth edition; ICD-10) มีแนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยผู้ป่วยต้องมีอาการชัดเจน 1 ข้อ หรือมากกว่า 2 ข้อถ้าไม่ชัดเจนในข้อ 1-4 หรือมีอาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552; World Health Organization, 1993)

1) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (thought echo) ความคิดของตนเองถูกดึงออกหรือถูกแทรกหายไปกระชั้นหัน (thought withdrawal or insertion) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (thought broadcasting)

2) มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม (delusion of control) และหลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (delusional perceptions)

3) อาการประสาทหลอนทางหู

4) ความหลงผิดชนิดอื่น ซึ่งเป็นอยู่ยาวนานและไม่สอดคล้องตามความเชื่อ และวัฒนธรรม

5) อาการประสาทหลอนอื่นๆ ซึ่งเป็นอยู่ยาวนาน

6) ความคิดแตกแยก ไม่ประติดประต่อ ทำให้การพูดฟังไม่รู้เรื่อง (incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่เอง (neologisms)

7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (catatonic behavior) อาจมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ (excitement) จับอยู่ท่าใดมักอยู่ท่านั้นนานๆ (waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย (stupor) หรือกระทำต่อต้าน (negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

8) อาการด้านลบ (negative symptoms)

9) พฤติกรรมบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจสิ่งต่างๆ เกียจคร้าน ไม่มีจุดหมาย เก็บตัว หมกมุ่นกับตนเอง

2.1.3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานที่ควรทำในการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก คือ การตรวจหายาและสารเสพติด เช่น การตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (urine amphetamine test) การตรวจเลือดทั่วไป ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อื่นๆ ควรทำตามความจำเป็น หรือเมื่อมีข้อสงสัย ซึ่งได้รับการพิจารณาจากแพทย์แล้ว

2.1.4 การดำเนินโรค

โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555)

2.1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ระยะนี้ใช้เวลาเฉลี่ย 2-5 ปี โดยปกติอาการของโรคจิตจะเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ร้อยละ 75 มีการเกิดโรคระหว่างช่วงอายุ 15-30 ปี (an der Heiden & Hafner, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย แยกตัวจากสังคม อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา ไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ กระบวนการคิดและเนื้อหาความคิดเปลี่ยนไป การทำหน้าที่จะบกพร่องอย่างชัดเจนและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ญาติอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม แต่ไม่ถึงขั้นมีอาการหลงผิด

2.1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) ระยะนี้ใช้เวลาเฉลี่ย 4-8 สัปดาห์ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันในชีวิต เช่น สูญเสียการรู้จักตนเอง มีอาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน

2.1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) มีช่วงเวลาไม่แน่นอนโดยนับจากเดือนที่ 6 เป็นต้นไป เป็นระยะอาการทางจิตสงบ อาการหลงเหลือ เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล อาการหลงผิด ประสาทหลอน ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการทางลบ การทำหน้าที่ลดลง ไม่สนใจสิ่งอื่น บกพร่องทักษะการติดต่อทางสังคม และจะพบอาการซึมเศร้าได้บ่อย ระยะนี้อาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรงซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดี อาจส่งผลให้มีการกลับเป็นซ้ำได้

สรุป โรคจิตเภทมีการดำเนินโรค ได้แก่ ระยะอาการนำ ระยะอาการกำเริบ ระยะอาการหลงเหลือ มีการเกิดโรคระหว่างช่วงอายุ 15-30 ส่วนมากอาการของโรคจิตจะเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

2.1.5 อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่สามารถแสดงอาการทางจิตออกมาได้หลายรูปแบบ แตกต่างกันไปของผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวคิดของ Kay และคณะ (1987) อาการทางจิตสามารถแบ่งเป็นอาการหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

2.1.5.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติ ของระบบความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม อาการด้านบวกนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของโรคตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำ ช่วงระยะอาการทางจิตกำเริบ และช่วงระยะอาการหลงเหลือ

กลุ่มอาการด้านบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และพฤติกรรมแปลกประหลาด ได้แก่

1) อาการหลงผิด (delusion) คืออาการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความเชื่อตามขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความเชื่อที่เชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเหมือนอาการหลงผิดที่เกิดในผู้ป่วย อาการหลงผิดสามารถแบ่งเป็น 9 ชนิด ได้แก่

- 1.1) อาการหลงผิดว่าถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusion)
- 1.2) หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวเกี่ยวโยงหรือสื่อถึงตนเอง (delusion of reference)
- 1.3) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (delusion of being controlled)
- 1.4) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (thought insertion)
- 1.5) อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป หรือกระจายออกนอกตัว (thought withdrawal and thought broadcasting)
- 1.6) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไปจนสมควรได้รับการลงโทษ (delusions of sin)
- 1.7) อาการหลงผิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion)
- 1.8) อาการหลงผิดที่เกี่ยวกับเรื่องศาสนา (religious delusions)
- 1.9) อาการหลงผิดทางกาย (somatic delusions) ผู้ป่วยจะหมกหมุ่นอยู่กับการที่อวัยวะบางส่วนของร่างกายทำงานผิดปกติไป

2) อาการประสาทหลอน (hallucination) ได้แก่

2.1) อาการหูแว่ว (auditory hallucinations) เป็นอาการประสาทหลอนที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยโรคจิต โดยพบประมาณร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มักพบร่วมกับอาการหลงผิด ด้วยเสมอ เสียงที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่ตำหนิ หรือพูดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อาจเป็นเสียงพูดขู่คุกคามผู้ป่วย หรือเป็นเสียงสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม

2.2) อาการเห็นภาพหลอน (visual hallucinations) ผู้ป่วยจะเห็นภาพคน สิ่งของหรือสัตว์ต่างๆ ที่ไม่มีอยู่จริง โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก

2.3) ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (somatic and tactile hallucinations) เช่น รู้สึกว่าถูกสัมผัส และอาจมีความรู้สึกร้อน เย็น เหมือนถูกไฟฟ้าช็อตตามตัว

2.4) ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (olfactory hallucinations) ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลกๆ ที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่นนั้น

3) อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre behavior) โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไปในสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดคนเดียว เดินลอยหลังหัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะต่างๆ ดังนี้

3.1) การแต่งตัวและลักษณะภายนอก (clothing and appearance) ที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยไม่สนใจในการดูแลตนเอง แต่งตัวไม่เรียบร้อย สกปรก สุขอนามัยไม่ดี

3.2) สังคมและพฤติกรรมทางเพศ (social and sexual behavior) จะผิดไปจากแบบแผนทางสังคม เช่น อาจปัสสาวะในที่สาธารณะ เป็นต้น

3.3) การเคลื่อนไหว (motor behavior) ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติได้หลายแบบ เช่น การเคลื่อนไหวซ้ำๆ (stereotype) การค้าง อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (catatonic motor behavior)

3.4) การแสดงออกทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม (inappropriate affect) โดยการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วยยิ้ม หัวเราะ ขณะพูดเรื่องเศร้า หรือแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรงแม้มีการถกเถียงกันเพียงเล็กน้อย

4) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement symptoms) ได้แก่อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การควบคุมแรงผลักดันของตนเองไม่ได้ (poor impulse control) การไม่เป็นมิตร (hostility) และก้าวร้าว (aggressive)

2.1.5.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

1) อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (flat blunt or restrict affect) คือ การไม่มีหรือลดการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ทั้งอารมณ์ดีใจ หรือเศร้า ร่วมกับไม่สบตา เคลื่อนไหวลดลง หน้าตาเฉยเมย พูดด้วยน้ำเสียงโทนเดียวกันไม่สามารถแสดงอารมณ์ออกมาทางน้ำเสียงได้

2) การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (poor rapport) เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองไม่สามารถรับรู้ถึงความต้องการทางอารมณ์ของผู้อื่น ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยการพยายามไม่สบตา ไม่ตอบคำถามหรือสื่อสารกับผู้อื่นลดลง ความต้องการและความสนใจทางเพศลดลง

3) การคิดซ้ำๆ หรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (stereotyped thinking) ผู้ป่วยจะคิดอะไรซ้ำๆ หรือมีความคิดในลักษณะที่ไม่น่าสนใจ อาจมีความเชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้ หรือเป็นความเชื่อที่มากเกินไป โดยพบว่าผู้ป่วยมักพูดคุ้ยแต่เรื่องเดิมๆ ยากที่จะเปลี่ยนเรื่องคุ้ยได้ อาจพูดน้อยเนื่องจากมีความยากลำบากในการคิด หรือความคิดไม่ต่อเนื่อง อาจพูดคลุมเครือ พูดวกวน หรือพูดซ้ำไปซ้ำมา

4) ขาดความกระตือรือร้น (avolition) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) แสดงอาการในรูปของการหมดพลังงานและความสนใจสิ่งต่างๆ อย่างชัดเจน ไม่มีแรงจูงใจทำงานให้สำเร็จ ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลตนเอง เฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา ความสามารถการทำงานหรือการเรียนลดลง

2.1.5.3 กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป โดยสามารถแบ่งได้เป็น อาการด้านการคิด อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล โดยมีรายละเอียดแต่ละอาการ ดังต่อไปนี้

1) อาการด้านการคิด (cognition) เดิมความผิดปกติด้านการคิดนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก แต่การศึกษาในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าความผิดปกติด้านนี้เป็นอาการเฉพาะอีกอาการหนึ่งของโรคจิตเภท ซึ่งมักแสดงอาการออกมาให้เห็นทางคำพูด แบ่งเป็นชนิดต่างๆ ดังนี้

1.1) อาการความคิดไม่ปะติดปะต่อ (loosening of associations) โดยคำพูดของผู้ป่วยจะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่มีความหมายที่ต่อเนื่องกันในระหว่างคำพูดหรือประโยค

1.2) อาการตอบเฉียด (tangentiality) โดยผู้ป่วยจะตอบคำถามไม่ตรงประเด็นแต่การพูดยังคงต่อเนื่อง

1.3) อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ (incoherent) โดยประโยคที่ผู้ป่วยพูดจะไม่ปะติดปะต่อกันเลย อาจพูดไม่จบประโยคหรือวลี ทำให้ไม่ได้รับความหมาย

1.4) อาการคิดไม่สมเหตุสมผล (illogicality) โดยผู้ป่วยจะตอบคำถามอย่างไม่สมเหตุสมผล สรุปรื่องราวต่างๆ ผิดไปจากความเป็นจริง

1.5) อาการพูดอ้อมค้อม (circumstantiality) โดยผู้ป่วยจะพูดให้รายละเอียดมากเกินไปจนความจำเป็น แต่ในท้ายที่สุด จะตอบได้ตรงกับเรื่องที่พูดไว้ในตอนต้น

1.6) อาการพูดพ้องเสียงสัมผัส (clanging) คือพูดโดยใช้คำคล้องจองเล่นเสียงสัมผัส โดยไม่คำนึงถึงความหมายและไม่สมเหตุสมผล

1.7) การใช้คำแปลกๆ ที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเอง (neologism) โดยผู้อื่นไม่เข้าใจ

1.8) การไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้ (difficulty in abstract thinking) โดยผู้ป่วยจะคิดเป็นรูปธรรม ยึดเอาตัวเองเป็นหลัก เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยให้ความหมายของคำฟังเพี้ยนผิดไปจากคนปกติ หรือผู้ป่วยบางรายอาจมีการคิดแบบนามธรรมที่มากเกินไป

1.9) อาการเลียนเสียงพูด (echolalia) ผู้ป่วยจะพูดคำพูดของผู้อื่นซ้ำๆ

1.10) อาการชะงักของความคิด (thought blocking) คือการที่กระแสดความคิดหยุดชะงักลงทันที ทำให้การสนทนาหยุดลงกะทันหัน ผู้ป่วยมักบอกว่าเหมือนความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง

2.1.5.4 อาการซึมเศร้า โดยอาการซึมเศร้านี้ อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ผิดปกติจากคนทั่วไป พบว่าอาการซึมเศร้าสามารถเกิดได้ทุกช่วงของการดำเนินโรค อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) อารมณ์ซึมเศร้า และการเคลื่อนไหวช้าลง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีการตื่นตระหนก (panic attacks) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาการวิตกกังวล อาจเป็นส่วนหนึ่งของโรคซึมเศร้าหลังหายจากอาการโรคจิต โดยอาการซึมเศร้านี้จะเหมือนกับอาการด้านลบ คือ ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ความรู้สึกยินดีลดลง รู้สึกไม่มีพลัง ไม่มีแรงจูงใจ การเคลื่อนไหวเชื่องช้า แต่อาการที่สามารถแยกออกจากอาการด้านลบ คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าค่อนข้างเด่นชัด มีความผิดปกติของการนอนและความอยากอาหาร มีความรู้สึกผิด ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบจะมีอาการเด่นชัดในเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลงหรือเฉยเมย

2.1.5.5 อาการวิตกกังวลเครียด ซึ่งพบ ได้บ่อยในช่วงระยะอาการนำ (prodromal) และช่วงที่มีอาการทางจิตรุนแรง แต่พบน้อยในช่วงที่โรคเป็นเรื้อรังแล้ว โดยในช่วงระยะอาการนำมักพบอาการวิตกกังวลนำมาก่อนอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด นอกจากนี้อาการวิตกกังวลยังอาจเป็นส่วนหนึ่งของอาการโรคจิต เช่น ผู้ป่วยอาจมีอาการวิตกกังวลที่เป็นผลตามมาจากอาการประสาทหลอน หรือหวาดระแวง เป็นต้น

โดยสรุป อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบ อาการหลัก ได้แก่ อาการด้านบวก อาการด้านลบ อาการด้านความคิด รวมทั้งอาการซึมเศร้า

และอาการวิตกกังวล ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและต่อบุคคลรอบข้าง หากไม่ได้รับการจัดการและการดูแลอย่างเหมาะสมแล้วมีโอกาสที่จะชักนำให้ผู้ป่วยเกิดการกำเริบของอาการทางจิตได้

2.1.6 การประเมินอาการทางจิต

การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการทางจิตโดยมีกรอบแนวคิดมาจากอาการที่พบในผู้ป่วย เพื่อจำแนกอาการหลักของโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่นๆ ใช้ประเมินความรุนแรงและความถี่ของอาการ ช่วยในการวางแผนการรักษาและมักนำมาใช้ในงานวิจัยทางคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษา (พิเชษฐ อุตมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) เครื่องมือในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ ได้แก่

2.1.6.1 แบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale : BPRS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ที่สร้างโดย Overall & Gorham (1962) (Edward, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความรู้สึกหวาดระแวง อาการประสาทหลอน เนื้อหาความคิดผิดปกติ อาการไม่รู้เวลาสถานที่ และบุคคล การแยกตัวทางอารมณ์ ความคิดสับสน ความตึงเครียด ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ การไม่ร่วมมือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1-7

2.1.6.2 แบบประเมินกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ (positive and negative syndrome scale : PANSS) ที่สร้างโดย Kay, Fiszbein and Opler (Kay et al., 1987) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550) เพื่อประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ อารมณ์ และจิตพยาธิสภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ซึ่งมี 3 ส่วนย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก 7 อาการ กลุ่มอาการด้านลบ 7 อาการ และอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป 16 อาการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1-7 ดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และความรู้สึกไม่เป็นมิตร

2) กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง การแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม การคิดอย่างตายตัว กระแสการสนทนาขาดความต่อเนื่อง

3) กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย อาการวิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความตึงเครียด ท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ อาการซึมเศร้า การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ การไม่ร่วมมือ เนื้อหาความคิดผิดปกติ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล อาการสมาธิและความสนใจเสีย การตัดสินใจและการหยิ่งรู้เสีย การไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี ความคิดหมกมุ่น และการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการด้านบวกกลุ่มอาการด้านลบ ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วว่ามีความน่าเชื่อถือ และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในการวิจัยและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท (Kaisa-ard, 2012) (Fong et al., 2015)

2.2 การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

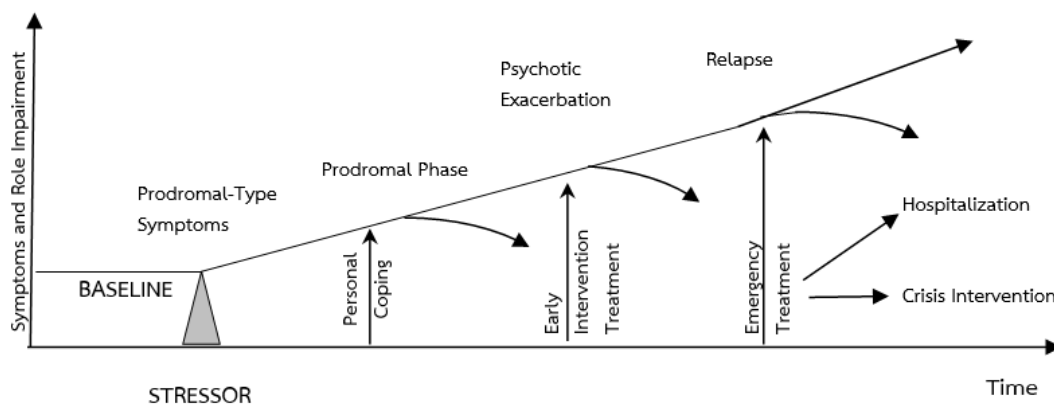
2.2.1 ความหมาย

การกลับเป็นซ้ำ (relapse) หมายถึง ลักษณะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตกำเริบอย่างเฉียบพลัน อีกครั้ง อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง เช่น มีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น ซึ่งเป็นอันตรายต่อสัมพันธ์ทางบุคคล การศึกษาหรือสถานะทางการงาน และเป็นตราบาป นอกจากนี้การกำเริบของโรคอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงทางชีวภาพ (biological risk) ที่มากยิ่งขึ้นไปตามระยะของโรคที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถฟื้นคืนกลับสู่การทำหน้าที่และรับการรักษาในระดับเดิมได้ (Emsley et al., 2013) การกลับเป็นซ้ำทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเอง บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ในครอบครัว การงานและสังคม อีกทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติแย่ลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาซ้ำอีกด้วย (Sadock et al., 2000)

โดยสรุป การกลับเป็นซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการของโรคจิตกำเริบอย่างเฉียบพลันอีกครั้ง อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง ต่อตัวเองหรือผู้อื่น นำมาซึ่งความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถฟื้นคืนกลับสู่ความสามารถระดับเดิม ในด้านการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ในครอบครัว การงานและสังคม และส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติแย่ลง

2.2.2 กระบวนการของการกลับเป็นซ้ำและสัญญาณเตือน

ผู้เชี่ยวชาญที่ได้ศึกษากระบวนการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ Herz and Melville (1980) ซึ่งได้เสนอผลการศึกษาที่พบว่า การกลับเป็นซ้ำมีกระบวนการที่ซับซ้อนพัฒนาการไปเรื่อยๆ โดยในระยะอาการนำ (prodromal) จะแสดงสัญญาณเตือนหรืออาการเตือนล่วงหน้า (early warning signs, EWS) ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่หนึ่งถึงสามวัน สัปดาห์ หรือเป็นเดือน ดังภาพประกอบที่ 2 (Sthityudhakarn, 2009) เริ่มต้นที่ระดับพื้นฐานอาการทางจิตที่มีเสถียรภาพซึ่งผู้ป่วยแต่คนจะมีมากหรือน้อยแตกต่างกันไปตามประสบการณ์แต่ละบุคคล บางคนอาจไม่แสดงอาการ หรือมีระดับอาการเพียงเล็กน้อยในขณะที่บางคนอาจมีอาการอย่างเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยได้รับแรงกดดัน (stressors) จากปัจจัยเหตุกระตุ้นในระยะก่อนกำเริบของโรค (prodromal-type symptom) ในระยะเริ่มต้น (prodromal phase)



ภาพประกอบที่ 2 กระบวนการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
(Herz & Melville, 1980 อ้างถึงใน Sthityudhakarn, 2009)

ผู้ป่วยมักจะรับรู้ได้ถึง การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม หรือที่เรียกว่าสัญญาณเตือนหรืออาการเตือนล่วงหน้า (EWS) หากมีเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับระดับ พื้นฐาน (baseline) หลายคนอาจปรับตัวได้ (personal coping) จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้อาการลดลง หรือไม่ส่งผลกระทบมาก ในกรณีบุคคลมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะรับมือ อาการจะแย่ลง แนวโน้มที่จะเกิดการกำเริบของอาการทางจิต (psychotic exacerbation) จะเพิ่มมากขึ้นจน ถึงขั้นที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตกำเริบอย่างเฉียบพลัน (relapse) ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ตลอดช่วงระยะการดำเนินของโรคจิตเภทผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะประสบกับการกลับเป็นซ้ำหลายครั้ง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเรื้อรัง และความพิการไร้ความสามารถ (Emsley et al., 2013) ดังนั้นการเข้าแทรกแซงเพื่อช่วยเหลือในช่วงต้น เพื่อป้องกันการกำเริบของอาการทางจิตจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง อาการเตือนที่ผู้ป่วยมักจะสัมผัสได้นั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม ที่แสดงก่อนการกำเริบของโรค อาการเตือนที่พบมากที่สุดได้แก่ วิตกกังวล ตึงเครียด กระสับกระส่าย และมีอาการทางประสาทเพิ่มขึ้น ความอยากอาหารลดลง ไม่มีสมาธิ ฟุ้งซ่าน หลงลืม นอนหลับยาก ซึมเศร้า และแยกตัวจากสังคมไป ส่วนอาการทางจิตที่พบมากที่สุดได้แก่ หูแว่ว พูดคนเดียว หมกมุ่นด้านศาสนา และคิดว่ามีคนควบคุมตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ญาติอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม แต่ไม่ถึงขั้นมีอาการหลงผิด (Hewitt & Birchwood, 2002)

โดยสรุป การกลับเป็นซ้ำหรืออาการทางจิตกำเริบอย่างเฉียบพลัน เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนดำเนินต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ กระบวนการเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยได้รับแรงกดดัน (stressors) จากปัจจัย เหตุกระตุ้นประกอบกับผู้ป่วยมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะรับมือหรือจัดการกับแรงกดดันดังกล่าวจน อาการแย่ลงและมีแนวโน้มอาการทางจิตกำเริบ (psychotic exacerbation) จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงขั้นที่ผู้ป่วยมีการกำเริบอย่างเฉียบพลัน (relapse) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการสัญญาณเตือนที่พบได้แก่ วิตกกังวล ตึงเครียด กระสับกระส่าย และอาการทางประสาทเพิ่มขึ้น ความอยากอาหารลดลง ไม่มีสมาธิ หลงลืม นอนหลับยาก ซึมเศร้า และแยกตัวจากสังคม หูแว่ว พูดคนเดียว หมกมุ่น

2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่เป็นผลร่วมกันจากหลายๆ ปัจจัย ดังนี้

2.2.3.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ผลการศึกษาแบบติดตามผลไปข้างหน้าโดย Robin และคณะ (Robinson et al., 2002) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกเป็นระยะ 5 ปี และผลการศึกษาโดย Chen และคณะ (2005) (Chen et al., 2005) ที่ศึกษาแบบติดตามผลไปข้างหน้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกเป็นระยะ 3 ปี พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการศึกษาระยะยาวการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก โดย Alvarez-Jimenez และคณะ (2012) พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำประกอบด้วย 1) การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) การติดสารเสพติด 3) การอยู่ในสภาพครอบครัวหรือมีผู้ดูแลที่วิพากษ์วิจารณ์ และ 4) การปรับตัวบกพร่อง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญ (Alvarez-Jimenez et al., 2012) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ Robin Emsley และคณะ ได้ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่ออธิบายถึงธรรมชาติของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โดยเน้นที่กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกลไกด้านชีววิทยาทางประสาท (neurobiology) ซึ่งพบว่า การกลับเป็นซ้ำมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงดังนี้ 1) ระยะเวลาหลังหยุดยากับอัตราการกลับเป็นซ้ำ โดยแสดงให้เห็นตามระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยา ดังนี้รักษานาน 9 เดือน พบอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82 รักษานาน 12 เดือน พบอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 41 ถึง 79 รักษานาน 18 เดือน พบอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 43 รักษานาน 24 เดือน อัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 62 ถึง 96 และรักษา 36 เดือน พบอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 97 (Emsley et al., 2013) 2) ระยะเวลาที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องกับลักษณะที่เกิดการกำเริบหลังหยุดยาซึ่งพบทั้งแบบฉับพลันทันที ในช่วงเป็นวันหรือสัปดาห์ และมีการกำเริบแบบค่อยเป็นค่อยไปในเป็นช่วงเวลาเป็นเดือน 3) เมื่อเกิดอาการกำเริบรุนแรงแล้วสามารถกลับคืนมาสู่ระดับแรกเริ่มได้อย่างรวดเร็วสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง 4) การกำเริบสัมพันธ์กับระยะของโรค และ 5) การกำเริบเป็นผลจากปัจจัยด้านกลไกด้านโดปามีนและชีววิทยาทางประสาท จึงต้องตระหนักว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ในการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย การรับรู้ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการกำเริบซ้ำ การปรับปรุงความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอและการป้องกันการกำเริบของโรคโดยเน้นการจัดการโรคจิตเภทที่ดี สำหรับการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศ ไม่พบรายงานวิจัยที่ศึกษาอย่างจำเพาะเจาะจง ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตเภทครั้งแรก ดังนั้นจึงขอกล่าวถึงผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตเภทโดยรวม ดังนี้การศึกษาของ รฐติกา ชูรัตน์ (2559) ที่ศึกษาเหตุ และแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่พบว่าสาเหตุการกลับเป็นซ้ำได้แก่ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ยาจิตเวช และสถานบริการสุขภาพจิต 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา 3) การใช้สารเสพติด 4) ความ เครียดของผู้ป่วย (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี เครือวรรณ (2553) ที่ได้วิเคราะห์การกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการรับประทานยา เนื่องจากมี

ประสบการณ์ที่ไม่ดี เช่น ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาทางจิตเวชจึงหยุดรับประทานยา (ราตรี เกรือวรรณ, 2553) เช่นเดียวกับการศึกษาถึงทัศนคติไม่ต่อการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดความรู้ความเข้าใจและขาดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาจิตเวชมีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) รวมทั้งการที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด มีพฤติกรรมการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดและ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยของตนเองหรือสังเกตอาการก่อนกำเริบของตนเองได้ (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546)

โดยสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สาเหตุจากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิต และมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพจิต มีทัศนคติไม่ต่อการรับประทานยาและขาดการตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ไม่ดีที่ได้รับจากการรับประทานยารักษาโรคจิต 2) การติดและหรือใช้สารเสพติด การดื่มสุรา 3) ผู้ป่วยมีความเครียดและมีการปรับตัวบกพร่อง 5) ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยของตนเองหรือสังเกตอาการก่อนกำเริบของตนเองได้

2.2.3.2 ปัจจัยด้านญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการศึกษาระยะยาวการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก โดย Alvarez-Jimenez และคณะ (2012) พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำด้านญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยคือการอยู่ในสภาพครอบครัวหรือการมีผู้ดูแลที่วิพากษ์วิจารณ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญ (Alvarez-Jimenez et al., 2012) ในประเทศไทย (สุรพีร์ เกิดจั่น และคณะ, 2542) ทำการศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชน้อยกว่าญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มารักษาซ้ำ (สุรพีร์ เกิดจั่น และคณะ, 2542) สอดคล้องกับ ราตรี เกรือวรรณ (2553) พบว่าญาติและผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ขณะที่ญาติผู้ดูแลบางส่วนไม่ได้ให้ความสนใจหรือไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคจิตเภท เช่น รู้สึกอับอายที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีลักษณะที่น่ากลัวสร้างความเดือดร้อนให้แก่ครอบครัวและความรู้สึกหมดหวังในตัวผู้ป่วย (ราตรี เกรือวรรณ, 2553) ขณะที่ความเครียดจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแลส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลและเพิกเฉยต่อการบำบัดทางจิตเวชของผู้ป่วย (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลในเรื่องการรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยขาดยาและไม่ได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจจึงเป็นผลให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ง่าย (วัชรารักษ์ ลือไธสงค์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Awad และVoruganti (2008) โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคจิตเภทและภาวะที่มีต่อผู้ดูแล พบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะที่ยุ่งยากซับซ้อน มักถูกมองในเชิงลบ และเป็นภาวะที่กระทบต่อผู้ดูแลอย่างมากทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ ร่างกายและเศรษฐกิจ ส่งผลให้ ผู้ดูแลได้รับความทุกข์ยาก ความรู้สึกอับอาย รวมทั้งความรู้สึกผิด (Awad & Voruganti, 2008) แต่การศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) โดย Pitschel-Walz และคณะ (2015) ถึงผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและครอบครัว

ของผู้ป่วยจิตเภท มีผลที่ยืนยันว่าวิธีการดังกล่าวช่วยให้ญาติและครอบครัวมีทักษะที่ดีขึ้นในด้านการปรับตัวและจัดการกับผู้ป่วย และยังช่วยลดอัตราการการกลับเป็นซ้ำในช่วงปีที่แรกภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้ร้อยละ 20 เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือน (Pitschel-Walz et al., 2015)

โดยสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำด้านญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) การมีผู้ดูแลที่วิพากษ์วิจารณ์ การแสดงอารมณ์ที่รุนแรง มีความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อกัน 2) ขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคจิตเภทการรักษาด้วยยาและวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) มีการเพิกเฉยต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอันเนื่องจาก เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวังในตัวผู้ป่วย 4) มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย 5) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ญาติและครอบครัวมีทักษะการปรับตัวที่ดีขึ้นและให้การดูแลผู้ป่วยได้ และลดอัตราการการกลับเป็นซ้ำได้

2.2.3.3 ปัจจัยด้านชุมชนและสังคม พบว่าในชุมชนเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท มีการล้อเลียนผู้ป่วย ไม่มีการยอมรับผู้ป่วยและไม่ให้ออกาสผู้ป่วยในการทำงาน ชุมชนให้การช่วยเหลือต่อผู้ป่วยและครอบครัวน้อยและไม่ทั่วถึง ชุมชนขาดความตระหนักในการให้ความช่วยเหลือและให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่สมาชิกในชุมชน ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้และการที่ชุมชนมองผู้ป่วยในแง่ลบ เช่น ชุมชนรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท เห็นผู้ป่วยเป็นตัวตลก ไม่ให้เกียรติผู้ป่วยแม้ว่าอาการจะสงบลงแล้ว (สุพัตนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างสิน, 2548) ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกเป็นปมด้อย ลดความมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (อาชวศรี คำหอม, 2552) ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้

โดยสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำปัจจัยด้านชุมชนและสังคม ได้แก่ ชุมชนมีทัศนคติมุมมองในแง่ลบต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท อันเป็นผลมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท ส่งผลให้ชุมชนแสดงออกในลักษณะไม่ยอมรับผู้ป่วย เช่น ไม่ให้เกียรติผู้ป่วยแม้ว่าอาการจะสงบลงแล้ว ไม่ให้ออกาสผู้ป่วยในการทำงาน หรืออาจให้การช่วยเหลือต่อผู้ป่วยและครอบครัวน้อยไม่ทั่วถึง

2.2.3.4 ปัจจัยด้านระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมา รักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าในหน่วยบริการสุขภาพจิตบุคคลากรยังไม่สามารถให้บริการและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เช่น ไม่ได้ทำกลุ่มสำหรับผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายกลับบ้านหรือส่งต่อให้ข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลในชุมชนที่เป็นเครือข่ายก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนบุคคลากรมีน้อยและมีภาระงานมาก (ราตรี เครือวรรณ, 2553) และสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้ เช่น ขาดการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ไม่กล้าถามคำถามที่สงสัยในประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งหากทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาเกิดความพึงพอใจในการรักษาและส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาซึ่งจะสามารถป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้ (Sariah et al., 2014)

โดยสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำด้านระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1) การให้บริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวไม่ครอบคลุม อันเป็นผลจาก การบุคลากรมีน้อย และมีภาระงานมาก 2) การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและญาติ

2.2.3.5 ปัจจัยด้านความเครียด

1. ผลของความเครียดต่อการเจ็บป่วยทางจิต

แนวคิดเรื่องผลของความเครียดต่อการเจ็บป่วยทางจิตเริ่มต้นจาก Philippe Pinel (1745-1826) และ Amariah Brigham (1798-1849) ที่ระบุว่า การแสดงออกของโรคทางจิตเวชนั้นถูกกระทบจากสถานการณ์ชีวิตหรือปัจจัยสังคม โรคจิตเภทจึงมีความสัมพันธ์กับปัญหาความเครียด ซึ่ง (Norman et al., 2002) พบว่าการประสบกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เกิดได้จาก 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ที่ทำให้กระบวนการทางสรีระผิดปกติ เช่น ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต และอาการของโรค 2) ความเครียดจากผู้ป่วยเอง เช่น ผลกระทบของโรคจิตเภท การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต การรับรู้ตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาการเงินและอาชีพ การพักผ่อน 3) ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เช่น สัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่น การรับการรักษาที่โรงพยาบาล (Norman et al., 2002)

2. ความเครียดสัมพันธ์กับเกิดอาการทางจิต

จากแนวคิด vulnerability-stress model ของ Zubin และคณะ (Zubin, J., Steinhauer & Condray, 1992; Abela & Hankin, 2005) และแนวคิด vulnerability stress model of schizophrenia relaps ที่พบว่าความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท (Ventura et al., 1989; Nuechterlein et al., 1994) โดยได้อธิบายการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเปราะบางของผู้ป่วย ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ

2.1 ปัจจัยความเปราะบางของผู้ป่วยจิตเภท อันได้แก่ภาวะเปราะบางจากปัจจัยเหตุด้านชีวภาพ ที่ระบบสารชีวเคมีในสมองมีความบกพร่องของสารสื่อประสาทชนิดโดปามีนทำให้เกิดอาการทางจิต อาการทางบวก เช่น ความคิดหลงผิด หูแว่ว ภาพหลอน และอาการลบ เช่น การสูญเสียหน้าที่ เฉยเมย (Keilp et al., 1988) สอดคล้องกับ Alan และคณะ (2000) ที่พบว่า prefrontal-subcortical connections ที่ทำงานผิดปกติในผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจเป็นสื่อกลางที่ทำให้เกิดความไวต่อการกำเริบจากภาวะเครียด สอดคล้องกับการศึกษา Lodge และ Grace (2011) ในปี 2011 ที่พบหลักฐานที่เกี่ยวข้องกันของสาเหตุของความเครียดที่มาจากปัจจัยเสี่ยงด้านการป่วยด้วยโรคจิตเภท ไข้ยาเสพติด การติดเชืวก่อนคลอด และพันธุกรรม ปัจจัยดังกล่าวได้เพิ่มปฏิริยาของสมองส่วน ventral hippocampal ส่งผลต่อเนื้อให้มีการหลั่งโดปามีนที่มากขึ้นอย่างผิดปกติซึ่งก่อให้เกิดอาการโรคจิตได้ (Lodge & Grace, 2011) และการศึกษาของ Robin Emsley และคณะ ในปี 2013 โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่ออธิบายถึงธรรมชาติของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โดยเน้นที่กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกลไกด้านชีววิทยาทางประสาท (neurobiology) ที่สรุปว่าในปัจจุบันมีหลักฐานมากเพียงพอที่จะสรุปว่า การกลับเป็นซ้ำหรือการกำเริบเป็นผลมาจากปัจจัยกลไกด้านโดปามีนและชีววิทยาทางประสาทที่ทำงานบกพร่อง (Emsley et al., 2013)

2.2 ปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การที่สังคมไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย การวิพากษ์วิจารณ์ การตำหนิผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงเกินไป รวมทั้งเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความทุกข์ และรบกวนผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่พบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจนเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดโรค การศึกษาสภาพครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (high expressed emotion) ของสมาชิกในครอบครัว ที่มีลักษณะไม่เป็นมิตรต่อกัน วิพากษ์วิจารณ์ และมีการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไปมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรค (Butzlaff & Hooley, 1998; Koutra et al., 2014; Gurak & Weisman de Mamani, 2015)

2.3 ปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1) ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล ได้แก่ การเสริมสร้างทักษะการเผชิญและการจัดการความเครียด ทักษะการดูแลตนเองที่เหมาะสม การสังเกตอาการเตือน รวมทั้งการพัฒนาทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถและพร้อมที่จะรับมือกับสถานการณ์ ปัญหาต่างๆ ซึ่งตามแนวคิด transactional stress model ที่เชื่อว่าผลกระทบของความเครียดจะเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถให้บุคคลรับมือกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาการได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีอาการจิตเภทมักจะใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) เมื่อต้องเผชิญกับความเครียด (Delawalla, 2010)

2) ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสามารถในการแก้ปัญหาในครอบครัวผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจึงควรส่งเสริมปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาหลุยส์ มิเคล ออกัสติน และมาริโอ ในปี 2013 (San et al., 2013) ที่ศึกษาการส่งเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้องการกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตเภท พบว่าครอบครัวที่มีการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้

ดังนั้นการกลับเป็นซ้ำจึงเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยพบกับสภาพกดดันหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดสภาวะอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป จนทำให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ (Abela & Hankin, 2005) จึงควรให้การส่งเสริมทั้งปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคลและปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

3. การประเมินความเครียด

ความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและสภาพจิตใจ การประเมินความเครียดจึงใช้หลายวิธีมาช่วยในการตัดสินใจ โดยจำแนกได้เป็น 4 วิธี ดังนี้ (รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ, 2544)

3.1 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด จากการวัดการทำงานของสมอง และระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติกที่เพิ่มขึ้น โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ อัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดปลายนิ้ว อุณหภูมิผิวหนังส่วนปลาย คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ การนำไฟฟ้าที่ผิวหนัง การหายใจ รวมทั้งวัดความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate Variability; HRV) ด้วย เครื่อง uBioclip

Macpa (Tudpor et al., 2019) จะทำการตรวจจับสัญญาณชีพจรและวิเคราะห์ข้อมูล โดยฉายรังสีอินฟราเรด (IR) ผ่านปลายนิ้ว การวิเคราะห์ความเครียด การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและความสามารถในการรับมือกับความเครียด จากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจังหวะการเต้นของหัวใจในช่วงปกติต่อเนื่อง (the standard deviation of the normal-to-normal intervals; SDNN)

3.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียดต่อระดับชีวเคมี ชนิดต่างๆ โดยใช้การตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ การตรวจวัด ฮอร์โมนคอร์ติซอล การตรวจวัดภาวะเครียดออกซิเดชันโดยรวม (total oxidative stress) และระดับ อีพียัลฟาไอโซโพรเพน 8-epi-alpha-izoprostanes (สุชาติ โกกัณฑ์, 2553)

3.3 การประเมินจากพฤติกรรม หรือการแสดงออก สามารถสังเกตเห็นจากความผันแปรในด้านความคิด คำพูดและการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความจำ วิธีการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ ซึ่งผู้อื่นสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมนั้นได้ ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมได้นำมาใช้ในการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต

3.4 การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม หรือแบบวัด เป็นการประเมินภาวะเครียดที่เป็นความรู้สึกของตนเองที่สามารถรับรู้หรือบอกได้แล้วจึงมารวบรวมเป็นระดับของความเครียดแบบประเมินแบ่งเป็น แบบสอบถามที่ใช้ประเมินความเครียดทั่วไป และแบบสอบถามที่ใช้ประเมินทางคลินิก (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, 2544; Kaisa-ard, 2012)

แบบสอบถามที่ใช้ประเมินความเครียดทั่วไป ตัวอย่างดังนี้

1) แบบสำรวจสุขภาพจิตทั่วไป (the cornell medical index health questionnaire, CMI) เป็นการวัดอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิต มีข้อคำถามจำนวน 195 ข้อ โดยถามถึงภาวะทางจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้า และความรู้สึกโกรธ

2) แบบวัดความเครียดสวนปรง (suanprung stress test) เป็นแบบวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย เพื่อประเมินก่อนจะนำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสม โดยผู้ตอบ ตอบตามข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยแบบวัด 3 ชุด คือ ชุด 102 ข้อ 60 ข้อ และ 20 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

แบบสอบถามที่ใช้ประเมินทางคลินิก ตัวอย่างดังนี้

1) แบบวัดระดับอาการแสดงของความเครียด (analogies scale symptom distress check List (SCL-90) เป็นแบบประเมินจำนวน 90 ข้อ ใช้วัดความผิดปกติด้านจิตใจ วัดความเครียดที่แสดงอาการออกเป็นความเจ็บป่วยด้านร่างกาย (somatization) อาการย้ำคิดย้ำทำ ความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้า ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความคิดหวาดระแวง ความคิดหลงผิด และอาการประสาทหลอน

2) แบบวัดการรับรู้ความเครียด (perceived stress scale, PSS) สร้างโดย โคเฮน คาร์มากและเมอร์เมลสทิน (Cohen et al., 1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ณททัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ เพื่อใช้วัดการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อโดยข้อ 4 5 7 และ 8 เป็นคำถามทางบวก อีก 6 ข้อเป็นคำถามทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) มี 5 ระดับ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับ

ความรู้สึกของผู้ป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น (Allott et al., 2015)

โดยสรุป ภาวะความเครียด เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เช่น สภาพการณ์ที่เป็นพิษหรือสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย อันมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา ชีวเคมีและพฤติกรรม การศึกษานี้ประเมินภาวะเครียดจาก การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์ความเครียด และ ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ ด้วยเครื่อง uBioclip Macpa (Tudpor et al., 2019) และประเมินด้านพฤติกรรมโดยแบบวัดการรับรู้ความเครียดโดยแบบประเมินรับรู้ความเครียด โดยแบบวัดภาวะเครียด perceived stress scale (PSS-10) ฉบับภาษาไทย (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010)

2.3 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคทั้งในแบบที่เรื้อรังและมีช่วงที่กำเริบเฉียบพลันหรือป่วยซ้ำ กลยุทธ์ในการบำบัดรักษาจึงควรเป็นแบบบูรณาการผสมผสานหลายวิธีรวมกัน โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี วินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง ให้การรักษาที่สอดคล้องกับระยะของโรค รูปแบบการบำบัดรักษา (treatment Modalities) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558; Antai-Otong, 2008; Varcariolis & Halter, 2010; Katerine & Worret, 2012)

2.3.1 การรักษาทางชีวภาพการแพทย์ (biomedical model)

2.3.1.1 การรักษาด้วยยา (psychopharmacological intervention)

การให้ยาเป็นวิธีการรักษาหลักที่ใช้เพื่อการรักษาโรคจิตเภท โดยให้ยากลุ่ม ยารักษาโรคจิต (antipsychotics drugs) ซึ่งช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 รุ่น ได้แก่

1) ยารักษาโรคจิตรุ่นแรก (first generation antipsychotics) ยากลุ่มนี้ ถูกนำมารักษาโรคจิตเภทมานานหลายสิบปี ได้แก่ chlorpromazine thioridazine perphenazine fluphenazine haloperidol thiothixene ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมอง (dopamine receptors) เป็นหลักทำให้อาการแสดงของโรคลดลงเกือบทุกอาการ โดยเฉพาะอาการทางบวก ผู้ป่วยครั้งแรกจะตอบสนองต่อยาในระยะ 4-6 สัปดาห์ และมีอาการดีขึ้นมากจนถึงหายจากอาการ และควรให้ผู้ป่วยได้รับยาระยะยาวต่อเนื่อง 1-2 ปี ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 30 ต่อปี หากผู้ป่วยไม่ได้รับยาระยะยาวต่อเนื่อง 1-2 ปี จะเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ ร้อยละ 60-70 ในเวลา 1 ปี และเกือบร้อยละ 90 ในเวลา 2 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงหลายแบบ โดยร้อยละ 40 พบอาการข้างเคียงชนิด extrapyramidal effects (Chakos et al., 1992) ได้แก่ อาการคล้ายโรคพาร์กินสัน เช่น เคลื่อนไหวได้ช้า ลิ้นแข็งน้ำลายไหลย่อย อาการเกร็งหดตัวของกล้ามเนื้อ (dystonia) เช่น คอบิดหลังแอ่น อาการรู้สึกไม่สบายที่กล้ามเนื้อ (akathisia) จนทำให้กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการให้ยาด้านโรคพาร์กินสันและการรักษาตามอาการ แต่มี

ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาระยะยาวเนื่องจากผลข้างเคียงดังกล่าว ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Robinson et al., 2002)

2) ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง (second generation antipsychotics) ได้แก่ clozapine risperidone olanzapine quetiapine ziprasidone ripiprazole นอกจากยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมอง (dopamine receptors) ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวจับซีโรโทนินในสมอง (serotonin receptors) แล้วยังสามารถในการปิดกั้น 5-HT₂ (serotonin receptor type 2) แต่เกิดผล ข้างเคียงชนิด extrapyramidal effects และการเพิ่มขึ้นของโฮโมนโพรแลคตินน้อยกว่า และสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล หรือกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทซึ่งเป็นตัวกำหนดความสามารถในการใช้ชีวิตในสังคมและการทำงานของผู้ป่วยดั่งนั้นยาในรุ่นที่สองจึงน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

อย่างไรก็ตามยาทั้งสองรุ่นต่างก็มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคจิตเภทได้เท่าเทียมกันและต้องรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6-12 เดือน แต่การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (non-compliance) ขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา จึงทำให้มีอาการกำเริบ (relapse) และต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถร่วมมือกับการรักษาด้วยยาจึงเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

2.1.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

เป็นการรักษาด้วยการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองผ่านขั้วไฟฟ้า (electrode) ที่วางไว้บริเวณศรีษะผู้ป่วยเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการชัก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทในสมองเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพกว่าวิธีการอื่นๆ แต่จะถูกนำมาใช้ตามข้อบ่งชี้เฉพาะ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonia) ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารและน้ำและกรณีการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล การรักษานี้ส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาลจิตเวชและทำร่วมกับการรักษาด้วยยา ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางบวกและอาการทางลบดีขึ้น อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้หลายอย่างได้แก่ อาการทางระบบไหลเวียนโลหิต อาจพบในระยะแรกเช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น อาการทางระบบทางเดินหายใจ มักเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสัมพันธ์กับการวางยาสลบและประวัติมีโรคหอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง ที่อาจมีอาการกำเริบ มีเสมหะหรือมีอาการทางระบบประสาท เช่น ปวดศรีษะ หลงลืม และอาการข้างเคียงอื่นๆ เช่นปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก ผลข้างเคียงดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม

2.1.3.3 โภชนบำบัด (therapeutic nutrition หรือ diet therapy)

เป็นการใช้อาหารและความรู้ด้านโภชนศาสตร์รักษาโรคของผู้ป่วย โดยดัดแปลงอาหารธรรมดาให้เหมาะกับโรคหรือความต้องการของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามสรีรวิทยาขณะเจ็บป่วย การจัดโภชนบำบัดในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล มีหลักการจัดอาหาร โดยแบ่งชนิดของอาหารสำหรับผู้ป่วย เป็น 5 ประเภทดังนี้ (อัญชลี ศรีจำเริญ, 2010) อาหารธรรมดา (normal diet) สำหรับผู้ป่วยที่การย่อยเป็นปกติ อาหาร

เบาสำหรับผู้ป่วยพักฟื้น (light diet) อาหารอ่อน (soft diet) สำหรับผู้ป่วยที่อวัยวะย่อยผิดปกติ มีลักษณะอ่อน กลืนง่ายไม่ต้องเคี้ยวและไม่มีการเคี้ยว อาหารเหลว (liquid diet) เป็นอาหารย่อยง่ายมีกากน้อย สำหรับให้ผู้ป่วยหนัก มีไข้สูง หรือหลังจากผ่าตัด 24 ชั่วโมง เช่น น้ำข้าวใส เครื่องดื่มผสมนม ไข่ อาหารเฉพาะโรค (special diet) ได้แก่ อาหารโปรตีนสูง อาหารโปรตีนต่ำ อาหารคาร์โบไฮเดรตสูง อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารไขมันสูง อาหารไขมันต่ำ อาหารโซเดียมต่ำ อาหารจำกัดพิวรีน อาหารแคลอรีสูง อาหารมีกาก อาหารมีกากน้อย อาหารอุดมด้วยเกลือแร่ อาหารอุดมด้วยธาตุเหล็ก อาหารอุดมด้วยแคลเซียม อาหารนม

การใช้สารอาหารเพื่อการบำบัดฟื้นฟูโรคทางจิตเวช การทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่ามีการใช้อาหารเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษา ฟื้นฟู สุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ในรูปแบบการให้สารอาหารเสริมร่วมไปกับการให้ยารักษาตามมาตรฐานการรักษาโรค โดยมีตัวอย่าง ดังนี้ (Arroll et al., 2014) การให้วิตามินซี เสริมการบำบัด ภาวะสมองเสื่อม วิตกกังวล เครียด และซึมเศร้า การให้วิตามินอี เสริมการบำบัด ภาวะสมองเสื่อม การให้วิตามินบี เสริมการบำบัด เช่น วิตามินบี 1 หรือโทอามินในภาวะติดสุรา ในอาชังในโรคจิตเภท วิตามินบี 6 และบี 9 ในภาวะซึมเศร้า การให้สังกะสี เสริมในภาวะซึมเศร้า การให้กรดไขมันชนิดโอเมก้า 3 เสริมในภาวะซึมเศร้า การให้กรดไขมันไม่อิ่มตัว (PUFAs) วิตามินดี เสริมในการป้องกันอาการทางจิตกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท (Cunningham & Peters, 2014) ซึ่งการศึกษาของ AKter และคณะ (2012) โดยทบทวนวรรณกรรมถึงความเป็นไปได้ในการให้กรดไขมันไม่อิ่มตัวจากน้ำมันปลาเพื่อป้องกัน หรือบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท และสรุปว่าแม้มีหลักฐานอย่างจำกัดว่าการเสริมกรดไขมันไม่อิ่มตัวสามารถรักษาอาการของโรคจิตเภทได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำแต่ก็เป็นความหวังใหม่สำหรับการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น โดยแพทย์อาจเพิ่มกรดไขมันไม่อิ่มตัวโอเมก้า 3 ร่วมกับให้ยา (Akter et al., 2012)

โดยสรุปการใช้สารอาหารเพื่อบำบัดฟื้นฟูโรคทางจิตเวชนั้นเป็นวิธีใหม่โดยเฉพาะการให้กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโอเมก้า 3 เสริมเพื่อป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

2.3.2 การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial interventions)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนมากได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม เนื่องจากกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภท ความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง และอาการข้างเคียงจากยา เป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง มีผลการวิจัยสนับสนุนว่าการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะได้ผลดี ถ้าได้รับการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ซึ่งสามารถทำในหลายรูปแบบ ได้แก่

2.3.2.1 โปรแกรมการรักษาครอบครัว (family treatment)

เป็นโปรแกรมการรักษาสำหรับสมาชิกครอบครัว (individual families) ให้แต่ละ ครอบครัวประเมินความขัดแย้ง และนำมาแก้ไข ร่วมกันให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา การรักษานี้อาจประยุกต์ได้หลากหลายตามความเหมาะสม เช่น การทำครอบครัวบำบัดในโรงพยาบาล การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติรายบุคคลหรือรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบครอบครัวบำบัดสามารถป้องกันการกำเริบและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้ การรักษาแบบสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ร้อยละ 1.5 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มี ร้อยละ 2.9 ตัวอย่าง เช่น FFEP (family to family education program) โดย Burland J. ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ กำลังใจ สร้างความเข้าใจ และการจัดการปัญหาในครอบครัวผู้ป่วย ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ติดตามผล 6 เดือน

2.3.2.2 การรักษาจิตบำบัดแบบกลุ่ม (group therapy)

เป็นการรักษาโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบกลุ่มระหว่างสมาชิก มีการเปิดเผย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความเข้าใจกัน รู้สึกร่วมทุกข์ร่วมสุข ให้การช่วยเหลือกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความวิตกกังวล ให้ความรู้ สร้างทักษะทัศนคติที่ดี กระบวนการรักษาประกอบด้วย ผู้รักษาหรือผู้นำกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพที่ดี แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ สร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเอง และให้การบำบัดหรือฝึกทักษะ วิธีการรักษาจิตบำบัดแบบกลุ่มนี้ใช้มานานกว่า 60 ปี ได้ผลดีกว่ารายบุคคล ลดความวิตกกังวล เรียนรู้การไว้วางใจ การจัดการความรู้สึก มีการประยุกต์ใช้หลายวิธี เช่น สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) จิตบำบัดปรับความคิดการรับรู้และพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) การให้การปรึกษา (counseling)

2.3.2.3 การดูแลรักษาในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ (assertive community treatment) การรักษาโดยทีมสหวิชาชีพทางจิตเวช ผสมผสานการดูแลทั้งการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การช่วยเหลือในชุมชน เน้นบริการในชุมชนและให้บริการเชิงลึก หลากหลายตรงกับปัญหาของผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนให้ผลดีกว่าในโรงพยาบาล โดยสามารถลดต้นทุน เพิ่มประสิทธิผล ลดตราบาปและอคติ ลดอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล แต่จำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะการที่ดี อย่างเพียงพอ มีระบบช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ มีการคุ้มครองป้องกัน และมีการจ้างงาน

2.3.2.4 สิ่งแวดล้อมบำบัด (milieu therapy)

สิ่งแวดล้อมบำบัด หรือนิเวศบำบัด คือการวางแผนอย่างมีขั้นตอนในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษา โดยใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทักษะด้านสังคม และอารมณ์ สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะมุ่งเน้นการลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบผ่อนคลายและส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรม เพื่อคงสภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดนิเวศบำบัดให้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการแบบเฉียบพลัน อาการที่เป็นอันตราย อาการทุติยภูมิจากหลงผิดประสาทหลอน ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น อาจใช้การผูกมัดและการจำกัดบริเวณ ประสิทธิภาพในการรักษามือถือประกอบคือ อัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยต่อบุคลากรมากพอถึงสูง ทีมผู้บำบัดประกอบด้วยพยาบาล นักสุขภาพจิต และแพทย์ แนวทางการดูแลมุ่งเน้นที่การสื่อสารแบบเปิด การให้ผู้ผู้ป่วยแต่ละคนรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง มีการร่วมแสดงความคิดเห็น การมีสัญญาผูกมัดรับผู้ป่วยมารักษาในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และมีการกำหนดความรับผิดชอบตามเขตพื้นที่

2.3.2.5 การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นวิธีการรักษาโดยให้ข้อมูลการสอน ที่เป็นระบบมีรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการ

สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้ ชนิดของการให้สุขภาพจิตศึกษา เช่น แบ่งตาม ผู้รับ ได้แก่ รายบุคคล รายกลุ่ม เฉพาะผู้ป่วย เฉพาะญาติหรือครอบครัว แบ่งตามผู้ให้ ได้แก่ โดยบุคลากรทางสุขภาพจิต โดยเพื่อนถึงเพื่อน เช่น McWilliam S และคณะ (McWilliams et al., 2007) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแล (caregiver psychoeducation program; cpp) โดยให้ความรู้เป็นกลุ่มอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 6 ครั้ง ติดตามผลไป 46 เดือน พบว่าความรู้ของผู้ร่วมกลุ่มเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในประเด็นที่ต่างกัน ได้แก่ ผู้ดูแลเพศหญิง คือ อาการและอาการแสดง การฟื้นคืนสู่ปกติ และการสนับสนุน ส่วนผู้ป่วยผู้ดูแลเพศคือหมวดปัจจัยเสี่ยง ผลการวิจัยนี้จึงกระตุ้นให้ตระหนักว่าต้องจัดโปรแกรมการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับเพศด้วย ตัวอย่างการจัดเนื้อหาสาระการสอน มีดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท สัปดาห์ที่ 2 การใช้ยา (adherence) ผลข้างเคียงของยาและการป้องกัน สัปดาห์ที่ 3 การฟื้นฟูผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 4 ทักษะจัดการกับวิกฤติ บทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล สัปดาห์ที่ 5 ก้าวทันความรู้ใหม่ๆ จากงานวิจัยเรื่องโรคจิตเภท: สรุปและนำเสนอโดยจิตแพทย์

ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษา ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นการรักษาที่มีหลักฐานรองรับ โดยเฉพาะการมีสมาชิกครอบครัวร่วมด้วย และควรเป็นการรักษาร่วมกับการรักษาด้วยยาในทุกเมื่อที่มีโอกาส การให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้อัตราการกำเริบและการเข้าอยู่ในโรงพยาบาลซ้ำในช่วง 12 เดือนหลังการทำ (Xia et al., 2011b; Zapata et al., 2015) สำหรับในประเทศไทยนั้น กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาสื่อการสอนสุขภาพจิตศึกษา “เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท” โดยนำไปใช้ร่วมกับบริการการรักษาทางจิตเวชตามปกติ อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลถึงผลการวิจัยในการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เป็นระบบรวมถึงการพัฒนาทฤษฎีรูปแบบใหม่ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทไทย เช่น การให้เพื่อนช่วยเพื่อน การจัดให้สุขภาพจิตศึกษาแบบประชุมเชิงปฏิบัติการจบใน 1 วัน

2.3.2.6 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (psychosocial rehabilitation)

เป็นวิธีการที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นปกติ สามารถพึ่งตนเองและใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ ครอบคลุมด้านสังคม การเรียนรู้ พฤติกรรม ความคิดและอาชีพ จึงต้องประเมินทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อวางแผนการฟื้นฟูที่เหมาะสม สำหรับเทคนิคหรือวิธีการนั้นมีหลายวิธี เช่น การฝึกทักษะทางสังคม การฝึกทักษะการประกอบอาชีพ การจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นราย การรักษาผู้ป่วยในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ

สรุปการบำบัดทางจิตสังคม เป็นการบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม กลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภท และความเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง รวมถึงและอาการข้างเคียงจากยาเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางสังคม ที่ทำร่วมไปกับการรักษาด้วยยา ประกอบด้วยโปรแกรมการรักษารครอบครัว การรักษาจิตบำบัดแบบกลุ่ม การดูแลรักษาในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมบำบัด การให้สุขภาพจิตศึกษา

2.3.3 การรักษาด้วยจิตบำบัด (psycho therapy)

เป็นการรักษาที่มุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจโดยใช้เทคนิครูปแบบต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการปรับตัวได้ดี ทำให้ลดปัญหาทางความคิด อารมณ์พฤติกรรมและอาการทางจิตเวช วิธีการที่นิยมมีดังนี้

2.3.3.1 การให้คำปรึกษา (counseling)

เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การปรึกษา (counselor) ผู้รับการปรึกษา (couselee) โดยใช้เทคนิคการสื่อสาร เพื่อให้อารมณ์สงบ เข้าใจตนเอง มีความรู้เข้าใจปัญหา มีทางเลือกแก้ไข และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

2.3.3.2 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy)

เป็นวิธีการที่มีเป้าหมายเพื่อให้อาการทางจิตจิตใจดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เน้นที่การช่วยให้ อารมณ์สงบ ส่งเสริมการทำงานของจิตใจที่ดีอยู่แล้วให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนิยมใช้ใน สถานพยาบาลหรือและโรงพยาบาลจิตเวชเนื่องจาก มีขั้นตอนที่ง่าย ใช้เวลาไม่นาน

2.3.3.3 จิตบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT)

เป็นการใช้ทฤษฎีความคิดการรับรู้ (cognitive theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ พฤติกรรม (behavior therapy) อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขที่ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยใน ผู้ป่วยระยะแรก (acute phase) ที่ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับ การรักษาด้วยยาเห็นความสำคัญของการผูกติดการรักษาด้วยยากับเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้หลัก ของการสร้างแรงจูงใจ (motivation interview) ทำการรักษา 4-6 ครั้ง ในระยะหลัง (post acute phase) วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการหลงผิด ประสาทหลอนที่ไม่ตอบสนองต่อยา

2.3.3.4 จิตบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy)

มุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น แล้วทำให้เกิดความขัดแย้ง เครียด ซึมเศร้า โดยเน้นการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับคนอื่น การสื่อสาร และการปรับตัว โดยใช้เทคนิค บำบัดแบบ CBT

2.3.3.5 จิตบำบัดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychodynamic psychotherapy)

การรักษาที่ประยุกต์จากการทำจิตวิเคราะห์ ช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยความเข้าใจตนเองว่าความคิดความรู้สึก และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กัน เกิดจากการเรียนรู้ใน อดีตตั้งแต่เด็ก สะสมไว้ในจิตใจส่วนลึกและแสดงการใช้กลไกการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม จึงมุ่งแก้ไขการ เรียนรู้ อารมณ์ ปมเครียดที่ฝังใจในอดีต แก้ไขความขัดแย้ง ปม เกิดการเรียนรู้ใหม่แทน

สรุป การรักษาด้วยจิตบำบัด มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการปรับตัวได้ดี ทำให้ลดปัญหาทางความคิด อารมณ์พฤติกรรมและ อาการทางจิต ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา จิตบำบัดแบบประคับประคอง จิตบำบัดปรับความคิด การรับรู้และพฤติกรรม จิตบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ จิตบำบัดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์

2.3.4 การแพทย์ทางเลือก (complementary and alternative therapies)

เป็นดูแลสุขภาพแบบผสมผสานและบูรณาการการแพทย์ทางเลือกนำมาใช้ในการบำบัด โดย วิธีการบำบัดด้วยการแพทย์ทางเลือกมีอย่างหลากหลาย รูปแบบที่นิยมนำมาใช้ในการผู้ป่วยทางจิต เวช ได้แก่ รูปแบบการผสมผสานร่างกายและจิตใจ (mind and body intervention) เช่น การทำ สมาธิ (meditation) สติบำบัด (mindfulness-based therapy) การสวดมนต์ (prayer) โยคะ (yoga) การออกกำลังกาย (exercise) การใช้สมุนไพร (herbal medicine) หัตถเวช (manual healing methods) เช่น การนวด และการฝังเข็ม

โดยสรุป รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีหลากหลาย การรักษาด้วยยายังคงเป็นวิธีการหลักในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกายและช่วยให้อาการทางจิตสงบ นอกจากนี้ในระยะอาการคงที่แล้ว ยังต้องใช้รูปแบบการรักษาอื่นๆ มาบูรณาการร่วมกัน ตามปัญหาและความต้องการในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การศึกษาองค์ประกอบในการรักษาแบบบูรณาการ (integrated treatment) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกในประเทศเดนมาร์ค (Bertelsen et al., 2008; Oehlenschlaeger et al., 2008) ประกอบด้วย การดูแลรักษาในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ (assertive community treatment) การให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มบำบัดแบบหลายครอบครัว การฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งทำควบคู่ไปกับการการให้ยารักษาโรคจิต ในประเทศไทย แม้จะยังมีข้อจำกัดในหลายประการ แต่การบำบัดรักษาที่ให้ตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยทั่วไปนั้น น่าจะครอบคลุมถึง การให้สุขภาพจิตศึกษา ให้กับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งวิธีการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลดีอื่น ๆ ตามศักยภาพของสถานบริการสุขภาพนั้น การรักษาที่เหมาะสมในแต่ละระยะ ดังตารางที่ 2 จะช่วยลดอาการทางจิต ลดความรุนแรง ปกป้องผู้ป่วยให้ปลอดภัย ป้องกันอาการกำเริบ รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถนะในระยะยาว รูปแบบที่ผู้วิจัยเสนอเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในการศึกษานี้ คือ การประยุกต์ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติ และการใช้โภชนบำบัดบูรณาการร่วมกับการให้ยาตามมาตรฐานการรักษา

ตารางที่ 1 เป้าหมายการรักษาโรคจิตเภทตามระยะของโรค

ระยะของโรค	ลักษณะอาการทางคลินิก	เป้าหมายการรักษา
ระยะเฉียบพลัน (acute) 4-8 สัปดาห์	อาการโรคจิตเฉียบพลัน สูญเสียการรู้จักตนเอง หลงผิด ประสาทหลอน การพูดไม่ปะติดปะต่อ	ลดอาการโรคจิต ปกป้องผู้ป่วยจากพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง
ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization) 2- 6 เดือน	อาการดีขึ้นแต่มีโอกาสดำเนินกำเริบถ้าลดขนาดยาหรือมีความเครียดจากสิ่งแวดล้อม	ลดโอกาสที่อาการจะรุนแรง วางแผนการรักษาในระยะยาว
ระยะคงสภาพ (stable) 6 เดือนเป็นต้นไป	กลุ่มอาการบวกลืออยู่น้อยมากหรือหมดไป กลุ่มอาการลบอาจเป็นอาการเด่นในระยะนี้	ป้องกันการกำเริบ ลดกลุ่มอาการลบ ฟื้นฟูทางจิตสังคม

ที่มา : Herz MI, Marder SR, 2002 อ้างใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลให้เป็นบุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ความสามารถทางสังคม และการทำหน้าที่ต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จึงเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขตามความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่และไม่เกิดการป่วยซ้ำ ดังนี้

2.4.1 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

หลักการทั่วไปในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้ (สุนีย์ เกียรติแก้ว, 2547)

1) การพยาบาลด้านร่างกาย โดยเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเองภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยที่หวาดระแวง อาจไม่ยอมรับประทานอาหารเช้า น้ำดื่ม

2) การพยาบาลด้านความคิด คือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วยและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมา และพยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีหลักการ คือการฟังและสังเกตพฤติกรรม และอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดหรือพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย การให้ความจริงกับผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง โดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก

3) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ คือ อารมณ์ราบเรียบ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม การแยกตัวอยู่คนเดียว การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น การหนีสังคม เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดอาจมี พฤติกรรมแปลกๆ หรือพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้เป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดคบค้าสมาคม ดังนั้นจึงควรประเมินและส่งเสริมทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม

2.4.2 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2554) กล่าวว่า แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ ได้แก่ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2554) การส่งเสริมสุขภาพ ให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การปรับตัวตามพัฒนาการตามวัย การเผชิญปัญหา การเลือกคู่ครอง การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสุขภาพทางสุขภาพจิตให้ดี แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตแก่ครอบครัว ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง เช่น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การปรับตัว การคิดทางบวก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย การบำบัดรักษา แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ คือการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการจัด

สิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดและการบำบัดอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ และการรักษาทางจิตสังคม มาผสมผสานในการฟื้นฟูผู้ป่วย

จินตนา ยูนิพันธ์ (2547) กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบำบัดอาการของโรคพร้อมกับให้การดูแล “บุคคล” ซึ่งต้องคำนึงถึงสาระดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2547; Katerine M. Fortinash, & Worret, 2012) เป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงจิตสังคม และจิตวิญญาณ คำนึงถึงครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ คำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว ผลกระทบต่อชุมชน การทำหน้าที่ตามขอบเขตของกฎหมาย ให้ การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัด รักษา บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการป้องกันสุขภาพ

สรุป แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ ที่คำนึงถึงความเป็นบุคคล ประกอบด้วย การส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นแล้ว และในกลุ่มบุคคลทั่วไปเพื่อให้มีสุขภาพและจิตที่ดีไม่เกิดการเจ็บป่วย

2.4.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างมาก โดยต้องอาศัยความร่วมมืออย่างดีจากผู้ดูแลและครอบครัว วัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วย ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2554)

- 1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยตนเอง
- 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวเอง ฟื้นฟูสภาพจิตใจ ภายในครอบครัวและชุมชน
- 3) ให้การดูแลเฉพาะเรื่องตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ใน

สภาพแวดล้อมและสังคมของแต่ละบุคคล

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีความรู้ในการดูแลตนเองและการจัดการกับอาการทางจิต การรักษาอาการทางจิตที่อาจกลับเป็นซ้ำได้อีก ในประเด็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการแสดงและอาการทางจิต การรักษาและการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ การสอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหา กระบวนการตัดสินใจ การเผชิญความเครียดและความขัดแย้ง

5) เพื่อให้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนในทางที่ดี ขึ้นจากโรงพยาบาลได้นำไปใช้ที่บ้านและสังคมเดิมของผู้ป่วย

6) เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพโดยครอบคลุมทั้งด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแผนรักษา ด้านสภาพแวดล้อมที่จะเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ รวมทั้งด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

โดยสรุป เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยองค์ความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและศาสตร์และสาขาอื่นๆ บูรณาการอย่างเป็นองค์รวมให้การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและ

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยต้องคำนึงถึงความรู้ ความสามารถ ความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน ควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

2.5 การวิจัยและพัฒนา

2.5.1 ความหมายของการวิจัยและพัฒนา

ทิสนา แคมมณี (2540) หมายถึง การวิจัยที่มุ่งนำเอาความรู้จากการ วิจัยบริสุทธิ์ไปวิจัย ต่อโดยพัฒนาเป็นเทคนิคหรือวิธีการที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาและทดลองใช้จนได้ผลเป็น ที่น่าพอใจ แล้วจึงนำไปเผยแพร่ใช้ในวงกว้างเพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่วน ผ่องพรรณ ตรีมงคล กุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์ (2543) ให้ความหมายว่า การวิจัยและพัฒนาเป็นการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อ สร้างหรือค้นหาแนวคิด แนวทาง วิธีปฏิบัติหรือสิ่งประดิษฐ์ที่นำไปใช้เพื่อพัฒนากลุ่มคน หน่วยงาน หรือองค์กร จุดหมายปลายทางที่คาดหวังจึงเป็นการมุ่งให้เกิด การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เช่น แนวคิด พฤติกรรม วิธีปฏิบัติที่คาดว่าจะดีขึ้น จึงมักเกี่ยวข้องกับการทดลอง และ วาโร เฟ็งสวัสดี (2551) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนา หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบมีจุดมุ่งหมาย เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ซึ่งมี 2 ลักษณะ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ประเภทสื่อวัสดุ อุปกรณ์ (Material) และผลิตภัณฑ์ประเภทวิธีการหรือกระบวนการ (Process) โดยดำเนินการ ทดสอบในสภาพจริงและทำการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หลายๆ รอบ จนได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพื่อ นำไปใช้ในการพัฒนากลุ่มคน หน่วยงานหรือองค์กรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (วาโร เฟ็งสวัสดี, 2551)

สรุป การวิจัยและพัฒนา เป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบ ที่มุ่งหมายเพื่อ พัฒนาระบวนการ (process) เทคนิค วิธีการปฏิบัติหรือเพื่อพัฒนาผลผลิต (product) ผลิตภัณฑ์ที่ ตอบสนองความต้องการ โดยผ่านการตรวจสอบปรับปรุงจนได้กระบวนการหรือผลผลิตที่มีคุณภาพ สามารถใช้พัฒนากลุ่มคน หน่วยงานหรือองค์กรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาในด้านต่างๆ ที่ยิ่งดี ขึ้น

2.5.2 คุณลักษณะของการวิจัยและพัฒนา

1. เป็นการวิจัยเพื่อแสวงหาหรือสร้างสรรค์ภูมิปัญญาใหม่แล้วพัฒนาต่อ ให้ได้ ต้นแบบที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
2. มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยมีขั้นตอนและกระบวนการอย่างต่อเนื่อง กระบวนการหลัก ได้แก่ การวิจัย การพัฒนาและการเผยแพร่ เป็นกระบวนการดำเนินงานที่ ใช้ ระยะเวลาค่อนข้างยาวนานในการวิจัยและพัฒนาและเผยแพร่ผลผลิตไปสู่ผู้ใช้อย่างกว้างขวางและ เป็นรูปธรรม
3. การดำเนินการวิจัยและพัฒนาทุกขั้นตอนมีการตรวจสอบและติดตามจนผลผลิตขั้น สุดท้าย (End of product) อยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ตรงตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ก่อนเผยแพร่สู่ผู้ใช้
4. มักใช้วิธีการผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิจัย เช่น ผสมผสาน วิธีการเชิงปริมาณ ได้แก่ การวิจัยเชิงสำรวจในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและการวิจัยเชิงทดลองใน ขั้นตอนทดสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ขั้นตอนการเผยแพร่ผลิตภัณฑ์

5. มุ่งเน้นการตอบสนองต่อความต้องการ ตามจุดประสงค์ของผู้ใช้ เพื่อนำไปใช้งาน และหรือประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหาทั้งในระดับ บุคคล หน่วยงาน องค์กร ดังนั้น ในการออกแบบ การวิจัยและพัฒนา นักวิจัยมักกำหนดให้ผู้ใช้ประโยชน์มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย คำถามการ วิจัย และการสนับสนุนงบประมาณ เป็นต้น ซึ่งเป็นการสร้างความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนในการทำวิจัยและ พัฒนาและส่งผลต่อการยอมรับและการนำผลิตภัณฑ์ไปใช้

6. ผลของการวิจัยเป็นผลิตภัณฑ์จากภูมิปัญญาที่มีคุณค่า (Value) และมูลค่า (Worth) นักวิจัยสามารถจดทะเบียนคุ้มครองสิทธิ์ ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ และพระราชบัญญัติและ พระราชบัญญัติ สิทธิบัตรทั้งในประเทศและนานาชาติได้

2.5.3 กระบวนการวิจัยและพัฒนา

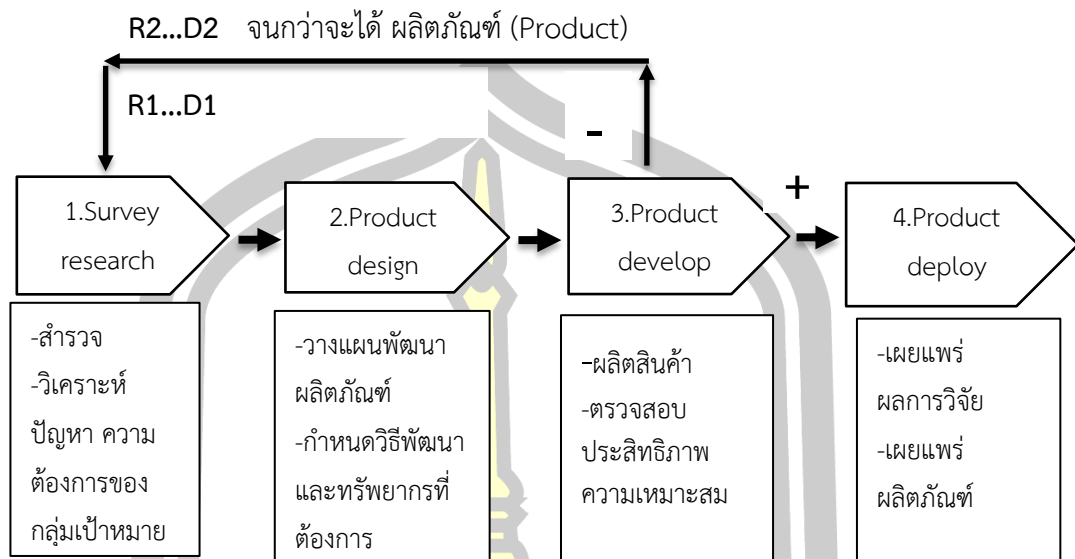
กระบวนการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (ศรายุทธ วิทยุฒิ, 2562) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ (Research: R1) เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจ หรือการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาคำตอบ เกี่ยวกับสภาพปัญหาความต้องการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ รวมทั้งลักษณะที่เหมาะสมของผลิตภัณฑ์ที่ ต้องการให้พัฒนา ผลการดำเนินการในขั้นตอนนี้ จะทำให้ผู้วิจัยสามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ได้สอดคล้อง เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้ผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้น

ขั้นที่ 2 การออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์ (Design & Development: D1) เป็นการ ดำเนินการนำความรู้และผลการวิจัยที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาผลิตภัณฑ์ ซึ่งจะเริ่มจากการ วางแผนพัฒนาผลิตภัณฑ์ กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะของการพัฒนาผลิตภัณฑ์ กำหนดวิธีที่จะพัฒนา ผลิตภัณฑ์และทรัพยากร ที่ต้องการ ทั้งในด้านกำลังคน งบประมาณ วัสดุ ครุภัณฑ์ และระยะเวลา หลังจากนั้นจึงดำเนินการพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีลักษณะหรือรูปแบบตามความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย

ขั้นที่ 3 ตรวจสอบประสิทธิภาพ/การทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ได้แก่ (1) การทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก (Research: R2) การทดลองกับกลุ่มเป้าหมาย ขนาดเล็ก เพื่อรวบรวมผลประเมินเชิง คุณภาพเบื้องต้นของผลิตภัณฑ์ แล้วทำการปรับปรุงต้นแบบ หรือต้นฉบับ (Development: D2) (2) การทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ เป็นการนำผลิตภัณฑ์ ไปทดลอง กับกลุ่มเป้าหมายที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือเรียกว่ากลุ่มนำร่อง (Pilot group) ปรับปรุง รูปแบบผลิตภัณฑ์จนมีคุณภาพ (3) การทดลองความพร้อมนำไปใช้ หลังจากปรับปรุงรูปแบบ ผลิตภัณฑ์จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพ

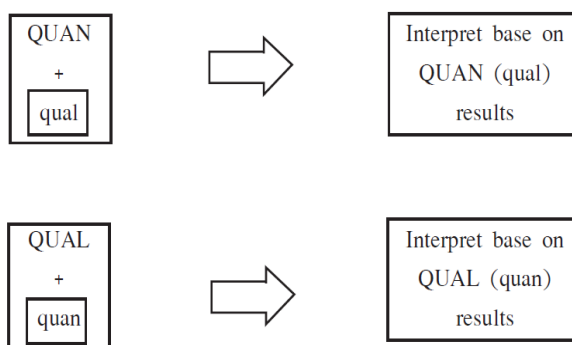
ขั้นที่ 4 การเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ เป็นการนำผลการวิจัยและผลิตภัณฑ์ไปเผยแพร่ เช่น การนำเสนอในที่ ประชุมสัมมนาทางวิชาการหรือวิชาชีพ การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ การติดต่อกับหน่วยงาน หรือติดต่อกับบริษัท เพื่อผลิต จำหน่ายและเผยแพร่ในวงกว้างต่อไป ดังภาพประกอบที่ 3



ภาพประกอบที่ 3 กระบวนการวิจัยและพัฒนา (ศรายุทธ วิทยุติ, 2562)

2.5.4 การผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิจัย

ลักษณะการวิจัยและพัฒนามักใช้วิธีการผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิจัย เช่น ผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณ ได้แก่ การวิจัยเชิงสำรวจในขั้นการรวบรวมข้อมูล ใช้การวิจัยเชิงทดลองในขั้นทดสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ และผสมผสานวิธีการเชิงคุณภาพ ได้แก่ การศึกษารายกรณี ในขั้นการเผยแพร่ผลิตภัณฑ์สู่ผู้ใช้ ขอกกล่าวถึง การวิจัยเชิงผสมผสานซึ่งมักนำมาใช้ในงานสาธารณสุข (นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2555) เช่น รูปแบบการวิจัยแบบรองรับภายใน (Embedded design) ซึ่งจะมีการกำหนดให้วิธีการวิจัยแบบใด แบบหนึ่งเป็นวิธีการหลัก และอีกวิธีการวิจัยหนึ่ง เป็นวิธีการรองคือ ให้น้ำหนักความสำคัญไม่เท่าเทียม ทั้งนี้การใช้วิธีการวิจัยแบบใด เป็นวิธีการหลัก หรือวิธีการรองนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การวิจัย เป็นสำคัญ รูปแบบการวิจัยแบบรองรับภายในแบ่ง เป็น 2 รูปแบบย่อย ได้แก่ 1) แบบการทดลอง ระยะเดียว (Embedded design : embedded experimental model) และ 2) แบบสหสัมพันธ์ (Embedded correlational model) (Creswell & Clark, 2007) ดังภาพประกอบที่ 4



ภาพประกอบที่ 4 รูปแบบการวิจัยแบบรองรับภายใน (Embedded design)

(Creswell & Clark, 2007)

การศึกษานี้มีประโยชน์เมื่อนักวิจัยมีความจำเป็นในการนำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ฝังแน่นอยู่ในการศึกษาเชิงปริมาณ เช่น การศึกษาแบบทดลองหรือการหาความสัมพันธ์ มาใช้การพัฒนากระบวนการรักษาเพื่อตรวจสอบกระบวนการจัดโปรแกรมหรือการติดตามผลการรักษาเชิงปริมาณ

สรุป การวิจัยและพัฒนาประกอบด้วยขั้นตอน การสำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ (R1) การออกแบบและพัฒนา (D1) ตรวจสอบประสิทธิภาพเบื้องต้น/การทดลองใช้ (R2) และปรับปรุงคุณภาพ (D2) และเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ ในการกระบวนการวิจัยมักใช้วิธีการผสมผสานระหว่างวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิจัย โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณในขั้นการวิจัยเชิงสำรวจความต้องการ ใช้การวิจัยเชิงทดลองในขั้นทดสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์

2.6 รูปแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ประกอบด้วย รูปแบบการบำบัดทางชีวภาพการแพทย์ มีเป้าหมายเพื่อลดอาการทางจิตและปกป้องผู้ป่วยจากพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและป้องกันอาการกำเริบ โดยการปรับภาวะสมดุลให้แก่การทำงานของระบบสารชีวเคมีในสมองให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และโภชนบำบัด ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาอันดับแรกที่ทำให้แก่ผู้ป่วยทุกราย โดยจิตแพทย์เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและกำหนดแผนการรักษาทั้งการรักษาด้วยยา ร่วมกับการใช้รูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคม มีเป้าหมายเพื่อลดกลุ่มอาการทางลบ พื้นฟูทางจิตสังคมและป้องกันการกำเริบ โดยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ นั่นถือได้ว่าที่มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบัน ซึ่งเน้นบริการเชิงรุกสู่ครอบครัวชุมชน สนับสนุนให้ผู้รับบริการ ครอบครัวและสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วม ดังนั้นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกโดยมีเป้าหมายเพื่อการลดอาการทางจิตอย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงขอเสนอสาระของการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.6.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา

2.6.1.1 ความหมายของการให้สุขภาพจิตศึกษา

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำจำกัดความของการให้สุขภาพจิตศึกษาไว้ดังนี้ Anderson (1986) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตที่เกี่ยวกับธรรมชาติของภาวะเจ็บป่วย ร่วมกับการให้คำแนะนำเพื่อเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหาที่มาจากภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความตึงเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นการลดโอกาสของการกลับเป็นซ้ำ (Anderson, 1986) ส่วน Williams (1989) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ การเจ็บป่วย สาเหตุและการรักษา และเป็นการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) Christine Rummel-Kluge กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการกำหนด แบบแผน รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา การจัดการอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตได้ เพิ่มความรู้ความเข้าใจ พัฒนาคุณภาพชีวิต และสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Rummel-Kluge et al., 2006) และพิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการรักษาโดยการให้ข้อมูลการสอนที่เป็นระบบมีรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

โดยสรุป สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง รูปแบบของการบำบัดรักษาทางจิตที่มีการให้ข้อมูลการสอนที่เป็นระบบ มีรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุ การรักษา การเผชิญปัญหาที่มาจากภาวะเจ็บป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ

2.6.1.2 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

การสอนสุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องบูรณาการ และเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและเป็นการปฏิบัติการพยาบาล การสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Anderson และคณะ (1980) เป็นกระบวนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่มเกี่ยวกับดูแลสุขภาพอย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ สมาชิกร่วมกันค้นหาเหตุผล เลือกลงและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ โดยมีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคับประคอง (supportive) และการบริการด้านความรู้ (education) มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skill services) และการขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) การสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติตัว การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแล การรับประทานยา ร่วมมือในการรักษามากขึ้น และลดอัตราการกำเริบและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Anderson et al., 1986)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (partnership) ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (1) การสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว (joining) (2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family

education) (3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) (4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) (5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2.6.1.3 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษามีลักษณะแตกต่างกันดังนี้ (Williams, 1989)

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual psychoeducation) โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ฝึกทักษะการดูแลตนเองได้ การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเพื่อฝึกทักษะจัดการความเครียดสำหรับผู้ที่ความผิดปกติของข้อต่อกระดูกขากรรไกรในผู้ป่วยพบว่า สามารถช่วยปรับสภาพอารมณ์ เพิ่มความรู้เรื่องโรคและการจัดการกับความเครียด (Pihut et al., 2016)

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (group psychoeducation) โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม การศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล พบว่าพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงช่วยให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น (Wejchakaruna, 2013)

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) มีลักษณะคือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัว มีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ตัวอย่างเช่น Chan Sally Wai-Chi และคณะ ทำการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวจีนและผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของเขาเอง พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีผลลัพธ์ในเชิงบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท ในด้านผู้ป่วยความร่วมมือต่อรักษาด้วยยา สภาพอาการทางจิต และการตระหนักรู้ต่อภาวะเจ็บป่วย ผลในเชิงบวกผู้ดูแลในด้านการรับรู้สมรรถนะตนเอง ระดับความพึงพอใจ และการรับรู้ของภาวะครอบครัว (Chan et al., 2009)

โดยสรุป การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ มีการตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง มีการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่มีต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและผู้อื่นและส่งเสริมให้ร่วมมือกับการรักษา อาจดำเนินการเป็นรายบุคคล รายกลุ่มหรือครอบครัว ตามความเหมาะสมของบริบทและสถานการณ์ การให้สุขภาพจิตศึกษาที่สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยและมีการใช้เทคนิคเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชหายจากการเจ็บป่วย ลดความรุนแรงและระยะเวลาการเจ็บป่วย รวมทั้งช่วยให้อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง (Xia et al, 2011a) ในการศึกษาที่ผู้วิจัยจะได้นำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มาประยุกต์ใช้ประเด็นสำคัญที่ควรให้ความรู้ ประกอบด้วยสาระที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การจัดการกับอาการเตือน การจัดการกับความเครียด สร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทักษะในการแก้ปัญหาและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับสาระสำคัญในประเด็นอื่นที่ได้จากกระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

ครอบครัวและผู้บริบทของผู้ให้บริการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดอาการทางจิตและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างได้ผล

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทิพศมัย ทายะรังสี และคณะ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันโดยแพทย์รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 30 ราย โดยจัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีชนิด 1 กลุ่ม และการทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) คะแนนการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 3) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีจำนวนการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 90 วัน สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้เข้าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (ทิพศมัย ทายะรังสี และคณะ, 2554)

สุทธิศักดิ์ นรดี (2555) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านหนองบัวตาคง หมู่ 4 ตำบลกู่ อำเภอบางบาล จังหวัดศรีสะเกษ โดยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งมีลักษณะเป็นวงรอบ ได้แก่ การหาปัญหาหารือกัน การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติการโดยประยุกต์ใช้กระบวนการของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำในชุมชนชาวส่วย บ้านหนองบัวตาคง หมู่ 4 ตำบลกู่ อำเภอบางบาล จังหวัดศรีสะเกษ 49 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับปานกลาง (2.10 คะแนน) จึงได้จัด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการจัดกิจกรรม 4 ด้าน คือ ด้านรากฐาน กระบวนการ ภาควิเคราะห์ และประชาชน ผลการดำเนินงานพบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง (2.41 คะแนน) ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานครั้งนี้ เกิดจากชุมชนมีส่วนร่วมในการออกกฎเกณฑ์และใช้กฎเกณฑ์นั้นภายในชุมชน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ชุมชนปฏิบัติร่วมกันรวมถึงการจัดตั้งเครือข่ายและมีผู้รับผิดชอบชัดเจนในการดำเนินงานในชุมชนอย่างจริงจัง (สุทธิศักดิ์ นรดี, 2555)

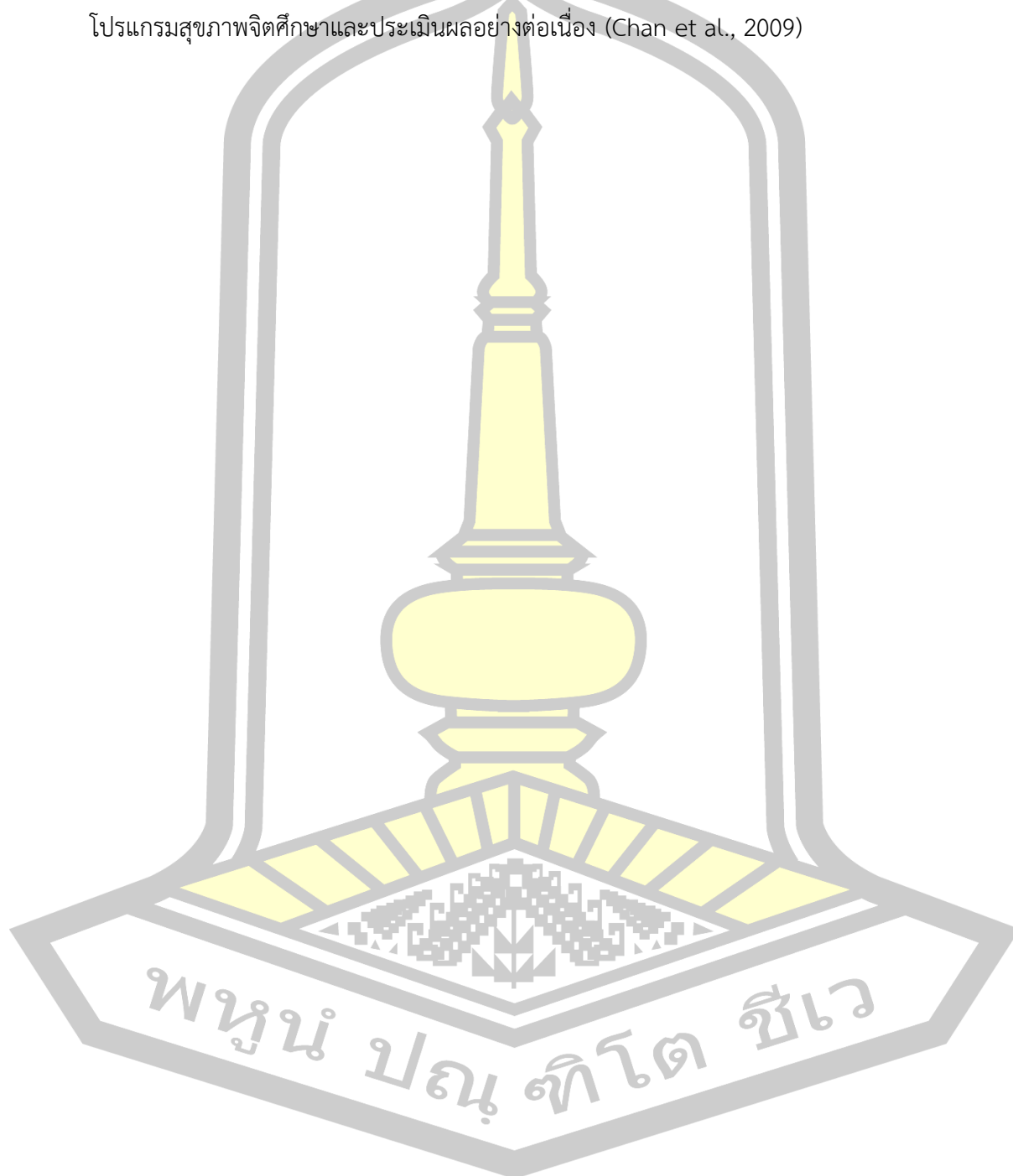
สุชาดา เวชการุณา (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภทที่ มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชเลยราช นครินทร์ จำนวน 30 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว โดยจับคู่อายุและระยะเวลาที่ดูแล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ เท่าความเที่ยงเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้พฤติกรรมดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น (สุชาดา เวชการุณา, 2556)

อภิชญา วงศ์คม (2557) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 10 ราย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางสุขภาพและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 3) แบบวัดความพึงพอใจสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและบุคลากรบุคลากรทางสุขภาพ และ 4) แบบสอบถามด้านความคิดเห็นของบุคลากรบุคลากรทางสุขภาพต่อการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลให้การกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่กลับมารักษาซ้ำเลย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยในทั้งหมดมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากและเห็นด้วยกับการใช้โปรแกรมดังกล่าว ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยในควรรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำไปใช้ในงานประจำเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป (อภิชญา วงศ์คม, 2557)

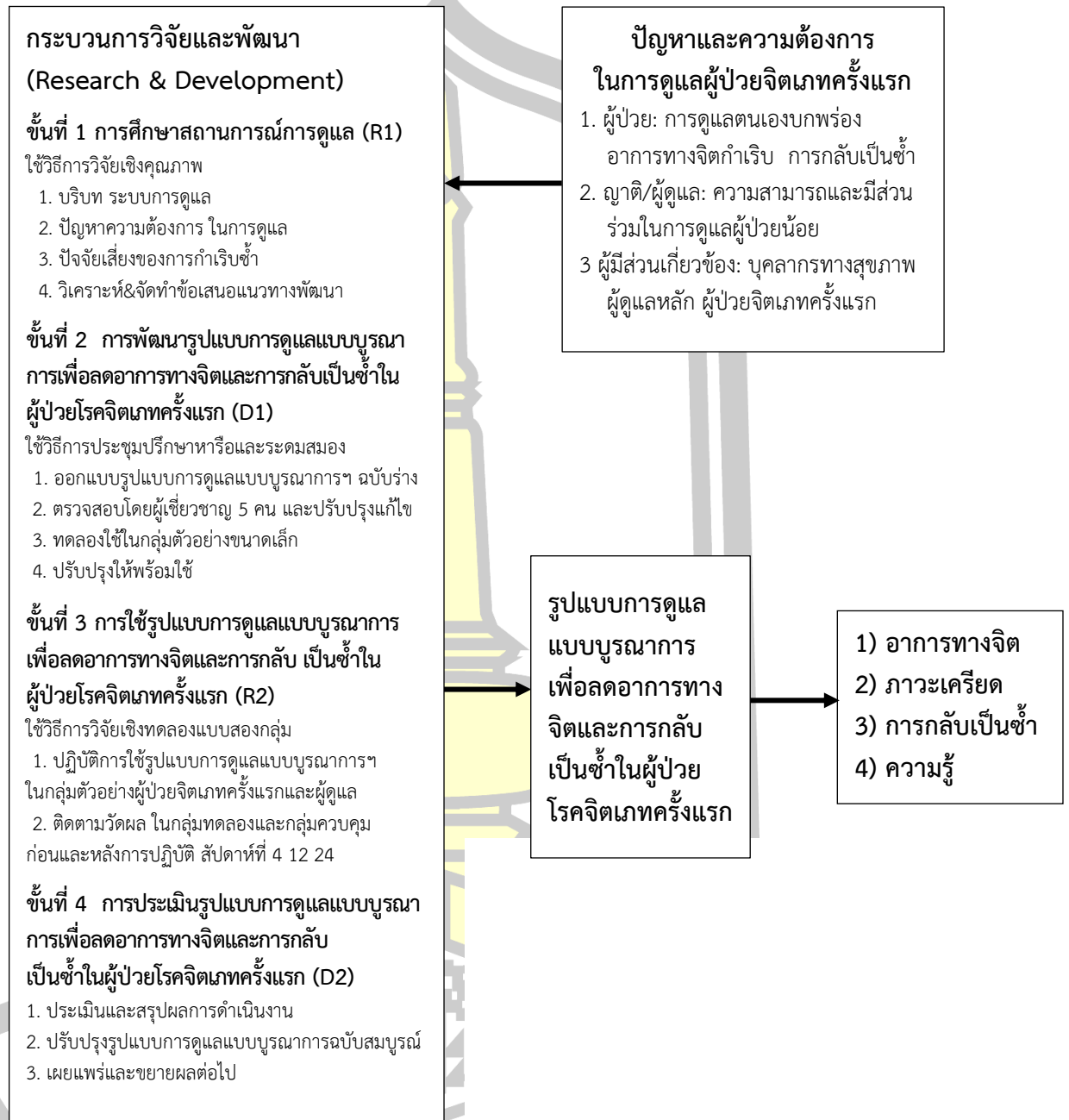
ชาญณรงค์ วิเศษสัตย์ (2562) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้ส่งเสริมทักษะการคิดเชิงนวัตกรรมของนักศึกษาวิชาชีพรู ดำเนินการพัฒนา รูปแบบด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1. การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและความต้องการในการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้ ระยะที่ 2 การพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้ ระยะที่ 3 การศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาวิชาชีพรู ทดลอง จำนวน 52 คนในห้อง 1 และนักศึกษา กลุ่มควบคุมจำนวน 56 คน ในห้อง 2 เลือกโดยการสุ่ม แบบกลุ่มเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้ แบบสังเกตพฤติกรรม แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามและแบบบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนาใช้สถิติทดสอบพาราเมตริกได้แก่การทดสอบค่าทีและการทดสอบความแปรปรวนแบบสองทาง ผลการวิจัยพบว่า (1) ข้อมูลพื้นฐานและความต้องการในการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้ พบว่าทักษะการคิดเชิงนวัตกรรมของนักศึกษาวิชาชีพรูเป็นทักษะสำคัญที่ควรส่งเสริมให้กับนักศึกษาวิชาชีพรู นักศึกษาวิชาชีพรูมีทักษะการคิดเชิงนวัตกรรมอยู่ในระดับต่ำการจัดสภาพ การเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะการคิดเชิงนวัตกรรมของนักศึกษาวิชาชีพรูยังมีการส่งเสริมใน ระดับน้อยมาก (2) ผลการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้พบว่ารูปแบบการเรียนรู้ส่งเสริมทักษะการคิดเชิง นวัตกรรมของนักศึกษาวิชาชีพรูมี 6 องค์ประกอบได้แก่ 1)หลักการแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน 2) วัตถุประสงค์ 3) ขั้นตอนการเรียนรู้ 4)ระบบสังคม 5) หลักการตอบสนองและ 6)ระบบสนับสนุนทั้งนี้ ได้สังเคราะห์ขั้นตอนการจัดการเรียนรู้เป็น 5 ขั้นตอนคือขั้นระบุความต้องการ การขึ้นระดมสมอง ขั้นสร้าง ขึ้นงาน ขั้นปฏิบัติการสอน และขั้นประเมินผล (3) ผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้ ปรากฏผลดังนี้ นักศึกษาวิชาชีพรูที่เรียนโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ส่งเสริมทักษะการคิดเชิงนวัตกรรมพบว่านักศึกษา วิชาชีพรูมีพัฒนาการของทักษะการคิดเชิงนวัตกรรมทั้งที่โดยรวมและรายด้านสูงขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความสามารถในการร่วมมือกับผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยสูงสุดรองลงมาคือ ความสามารถในการนำเสนอแนวคิดความสามารถในการตีความบริบทความสามารถในการประเมิน ความสำเร็จความสามารถในการสะท้อนแนวคิดส่วนความสามารถในการสร้างแนวคิดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด นักศึกษาวิชาชีพรูที่เรียนโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ส่งเสริมทักษะการคิดเชิงนวัตกรรมมีทักษะการคิด เชิงนวัตกรรมสูงกว่าการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ชาญณรงค์ วิเศษสัตย์, 2562)

Chan, Sally Wai-Chi และคณะ (2009) ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวจีนและผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของเขาเอง โดยใช้ รูปแบบการศึกษา เชิงทดลองแบบสุ่ม (a randomized controlled trial) กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วย โรคจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 37 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน (ออกจากการศึกษา 1 คน) และกลุ่มควบคุม 37 คน กลุ่มทดลองให้การบำบัดด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 10 ครั้ง ทำการวัดผลการศึกษา 3 ครั้ง คือครั้งที่ 1 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ครั้งที่ 2 เดือนที่ 6 และครั้งที่ 3 เดือนที่ 12 เดือน ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการรักษามีประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องกับ ผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ในด้าน ความร่วมมือต่อรักษาด้วยยา ($p < 0.01$) สภาพอาการทางจิต ($p < 0.01$) และการตระหนักรู้ต่อภาวะเจ็บป่วย ($p < 0.01$) แต่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญระหว่าง กลุ่มในการวัดครั้งที่ 3 (12 เดือน) สำหรับผู้ดูแล โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลอย่างมี นัยสำคัญ ในด้านการรับรู้สมรรถนะตนเอง ในการวัดครั้งที่ 1 ($p = 0.007$) และวัดครั้งที่ 2

($p < 0.001$) ด้านระดับความพึงพอใจ ในการวัดครั้งที่ 1 ($p = 0.033$) และวัดครั้งที่ 2 ($p < 0.021$) ด้านการรับรู้ของภาวะครอบครัวในการวัดครั้งที่ 2 ($p = 0.043$) สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีผลกระทบในเชิงบวกต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยแม้ว่าผลเชิงบวกที่ได้อาจจะไม่ยั่งยืนต่อเนื่องมาถึงระยะ 12 เดือนหลังโปรแกรม ข้อเสนอแนะ ควรทำการศึกษาเพื่อยืนยันผลประสิทธิผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง (Chan et al., 2009)



2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methodology) วิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยรูปแบบการวิจัยแบบรกรับภายใน (The Embedded design) (Creswell & Clark, 2007) โดยขึ้นการสำรวจวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ (Research; R1) ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้การวิจัยเชิงทดลองในขั้นทดสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Research; R2) (Hanson et al., 2005; Klassen et al., 2012) การวิจัยและพัฒนาที่มีขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วยขั้น สำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ (Research ; R1) การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่สอดคล้องกับบริบทของแหล่งบริการ (Development; D1) การทดสอบคุณภาพโดยใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในกลุ่มเป้าหมาย (Research; R2) การพัฒนาปรับปรุงคุณภาพให้สมบูรณ์ (Development; D2) และเผยแพร่ขยายผลรูปแบบการดูแล ดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1.1 การเตรียมก่อนการวิจัย

ประสานงานและจัดเตรียมการวิจัย ดังนี้

- 1) เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- 2) ประสานงานกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- 3) ขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาวิจัยตามขั้นตอน ต่อผู้บริหารและบุคลากรผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายและชี้แจงกระบวนการวิจัย
- 4) จัดตั้งทีมผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ให้บุคลากรทางสุขภาพ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 5) จัดหางบประมาณ เครื่องมือวิจัย วัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินการวิจัย
- 6) สำรวจข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3.1.2 การดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 การวิจัย (Research; R1) การศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ดำเนินการด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษา สถานการณ์และระบบการให้บริการสภาพปัญหาความต้องการในการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม ในผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์ ระบบให้บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลและเอกสารรายงาน การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ แล้วจัดทำสรุปภาพรวมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

2. ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตัวแทนนักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ แล้วจัดทำสรุปภาพรวมปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

3. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม บุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตัวแทนนักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ แล้วจัดทำสรุปปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4. วิเคราะห์สถานการณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม โดยรวบรวมข้อมูลจากขั้นที่ 1 ถึง 3 ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปภาพรวม สถานการณ์ สภาพปัญหา ความต้องการฯ และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาที่เหมาะสม นำสู่การพัฒนาแบบต่อไป

ขั้นที่ 2 การพัฒนา (Development; D1) การพัฒนาแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ดำเนินการโดยประชุมปรึกษาหารือและการระดมสมอง เพื่อพัฒนาแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ผู้ร่วมวิจัยเป็นบุคลากรทางสุขภาพและผู้วิจัยหลัก ดังนี้

1. นำเสนอ สรุปภาพรวม สถานการณ์ สภาพปัญหาความต้องการ และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแบบที่เหมาะสมเข้าสู่การประชุมพัฒนารูปแบบการดูแล

2. การพัฒนาและออกแบบรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ฉบับร่าง โดยผู้วิจัยหลักและทีมวิจัย ศึกษาแนวคิด

หลักการที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ แผนการจัดกิจกรรม สื่อ และการประเมินผล แล้วจัดทำคู่มือปฏิบัติ และเครื่องมือประเมินผล

3. ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ ฉบับร่าง ด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ ด้านการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ด้านการจัดการเรียนการสอนทางสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และด้านการวัดและประเมินผล และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

4. ทดลองใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ ฉบับร่าง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก ได้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ แล้วร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินการและปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการดูแล คู่มือปฏิบัติ และเครื่องมือประเมินผลให้พร้อมสำหรับการนำไปใช้

ขั้นที่ 3 การวิจัย (Research; R2) การใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ดำเนินการโดยการวิจัยเชิงทดลอง แบบวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 ตามลำดับ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ผู้ดูแล ให้การดูแลตามรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ โดยบุคลากรทางสุขภาพที่ได้รับการเตรียมความพร้อม ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและเตรียมความพร้อมให้แก่ ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย การให้บริการตามรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ การรับอาสาสมัครเข้าร่วมในการวิจัย การประเมินภาวะสุขภาพของอาสาสมัคร การดูแลผู้ป่วยตามแผน และการประเมินผล

2. ปฏิบัติการ ให้การดูแลตามรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกแก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย โดยทีมวิจัยบุคลากรทางสุขภาพที่ได้รับการเตรียม

3. การติดตามสังเกตผลการปฏิบัติ โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมิน การสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ติดตามวัดผลจากอาสาสมัครผู้ป่วย ได้แก่ อาการทางจิต ภาวะเครียด ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การกลับเป็นซ้ำ ความพึงพอใจและความคิดเห็น อาสาสมัครผู้ดูแล ได้แก่ความรู้ ความเครียด ความพึงพอใจและความคิดเห็น บุคลากรทางสุขภาพได้แก่ความคิดเห็น ติดตามสังเกตผลการปฏิบัติ โดยวัดผล 4 ครั้งก่อนปฏิบัติ และหลังปฏิบัติ ในสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 ตามลำดับ

ขั้นที่ 4 การพัฒนา (Development; D2) การประเมินรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ผู้ร่วมวิจัยเป็นบุคลากรทางสุขภาพและผู้วิจัยหลัก ดังนี้

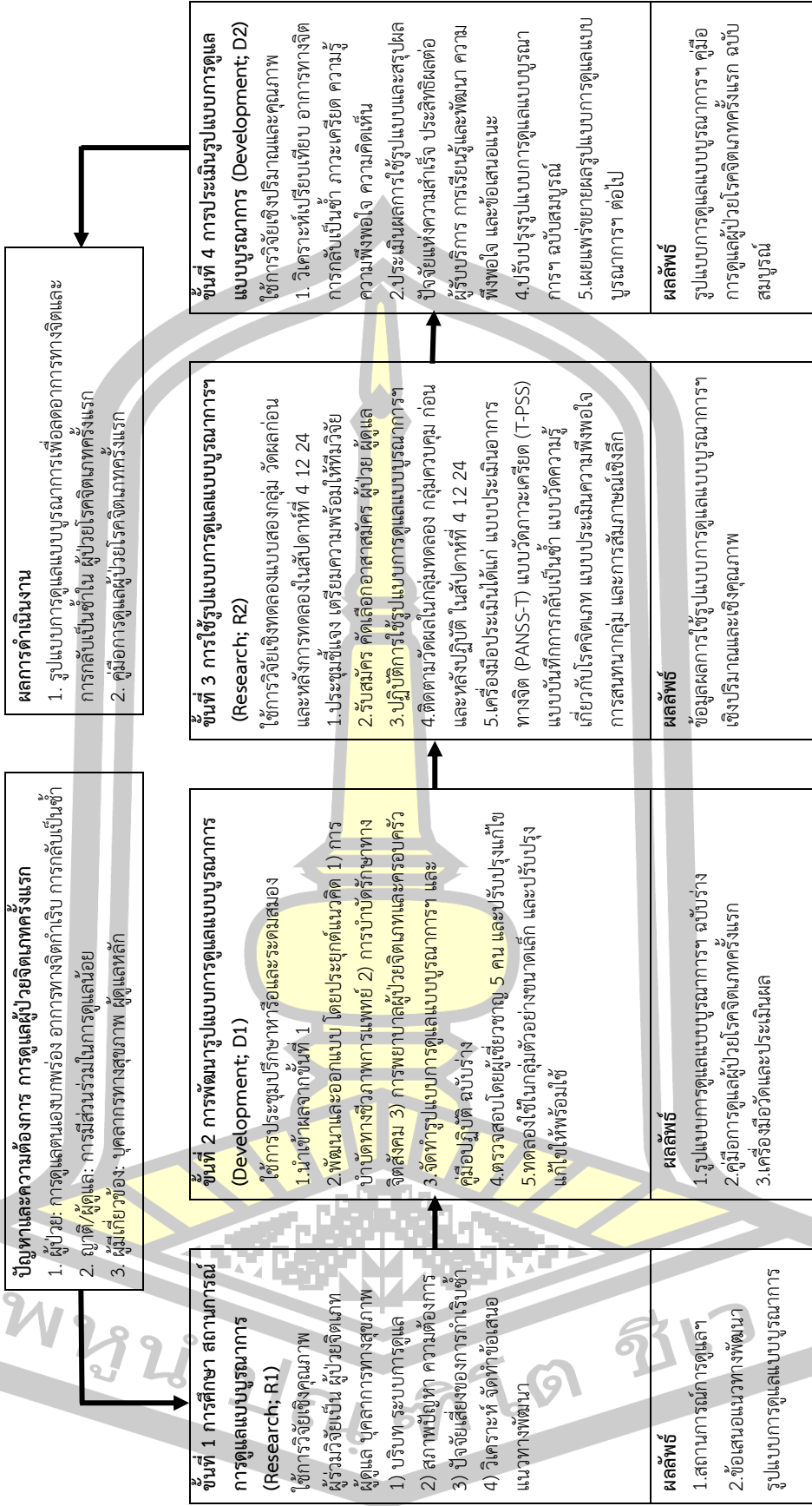
1. เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอาสาสมัครผู้ป่วย ก่อนและหลังให้การดูแลแบบบูรณาการฯ ในสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 ได้แก่อาการทางจิต ภาวะเครียด ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การกลับเป็นซ้ำ ความพึงพอใจและความคิดเห็น

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในอาสาสมัครผู้ดูแล ก่อนและหลังให้การดูแลแบบบูรณาการฯ ในสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความพึงพอใจและความคิดเห็น

3. การสรุปรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ร่วมวิจัยบุคลากรทางสุขภาพประเมินผลการดำเนินงาน ในด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ การเรียนรู้และพัฒนาที่เกิดขึ้น ประสิทธิภาพต่อผู้รับบริการ ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะ จัดทำรายงานสรุปรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำไปใช้และเผยแพร่ขยายผลต่อไป



3.1.3 กรอบดำเนินการวิจัย



ภาพประกอบที่ 6 กรอบดำเนินการวิจัย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก และบุคลากรทางสุขภาพ ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรก รหัสโรค F 20 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 และอยู่ในระหว่างรับการรักษาที่โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 2 ปี นับจากวันที่มีอาการครั้งแรก จำนวน 126 คน เกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ผู้ป่วยต้องมีความผิดปกติ ด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมแสดงอาการชัดเจน 1 ข้อ หรือมากกว่า 2 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจน ในข้อ 1-4 หรือมีอาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการดังกล่าวมีดังต่อไปนี้

1) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (thought echo) ความคิดของตนเองถูกดึงออกหรือถูกแทรกหายไปกระทันหัน (thought withdrawal or insertion) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (thought broadcasting)

2) มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม (delusion of control) และหลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (delusional perceptions)

3) อาการประสาทหลอนทางหู

4) ความหลงผิดชนิดอื่น ซึ่งเป็นอยู่ยาวนานและไม่สอดคล้องตามความเชื่อและวัฒนธรรม

5) อาการประสาทหลอนอื่นๆ ซึ่งเป็นอยู่ยาวนาน

6) ความคิดแตกแยก ไม่ประติดประต่อ ทำให้การพูดฟังไม่รู้เรื่อง (incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่เอง (neologisms)

7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (catatonic behavior) อาจมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ (excitement) จับอยู่ท่าใดมักอยู่ท่านั้นนานๆ (waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย (stupor) หรือกระทำต่อต้าน (negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

8) อาการด้านลบ (negative symptoms)

9) พฤติกรรมบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจสิ่งต่างๆ เกียจคร้าน ไม่มีจุดหมาย เก็บตัว หมกมุ่นกับตนเอง

2. ผู้ดูแลหลัก เป็นสมาชิกครอบครัวหรือญาติซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นให้ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ต้องมีผู้ดูแลหลัก 1 คนเข้าร่วมโครงการ จึงมีประชากรผู้ดูแลหลักรวมทั้งสิ้น 126 คน

3. บุคลากรทางสุขภาพ เป็นบุคลากรวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาล จากหน่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ รวม ทั้งสิ้น 143 คน (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2558)

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก และผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ ผู้ดูแลหลักและบุคลากรทางสุขภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วง มีนาคม 2560 ถึง ธันวาคม 2562 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก
- 2) อายุระหว่าง 15 – 59 ปี
- 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยนับตั้งแต่มีอาการครั้งแรกไม่เกิน 2 ปี
- 4) อาการเจ็บป่วยทางจิตสงบประเมนโดยแบบประเมนอาการทางจิต

Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.00-3.00 คะแนน

- 5) ไม่มีประวัติความพิการทางสมอง โรคร่วมและโรคแทรกซ้อนทางกาย
- 6) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ดีและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหา การพูด การได้ยิน

การมองเห็น

- 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ให้การรักษาด้วยไฟฟ้า
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกขั้นตอน

2. กลุ่มผู้ดูแลหลัก

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า มีดังนี้

- 1) เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย คนใดคนหนึ่ง
- 2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล
- 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ดี เข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหา การพูด การได้ยิน

การมองเห็น

- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มผู้ดูแลหลัก มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยถูกคัดออกจากการวิจัยตามเกณฑ์การคัดออก
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

3. กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า มีดังนี้

- 1) เป็นบุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี
- 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

3.2.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ในขั้นที่ 3 ซึ่งใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง (experimental intervention study) แบบวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การทดลอง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ดังภาพประกอบ 7

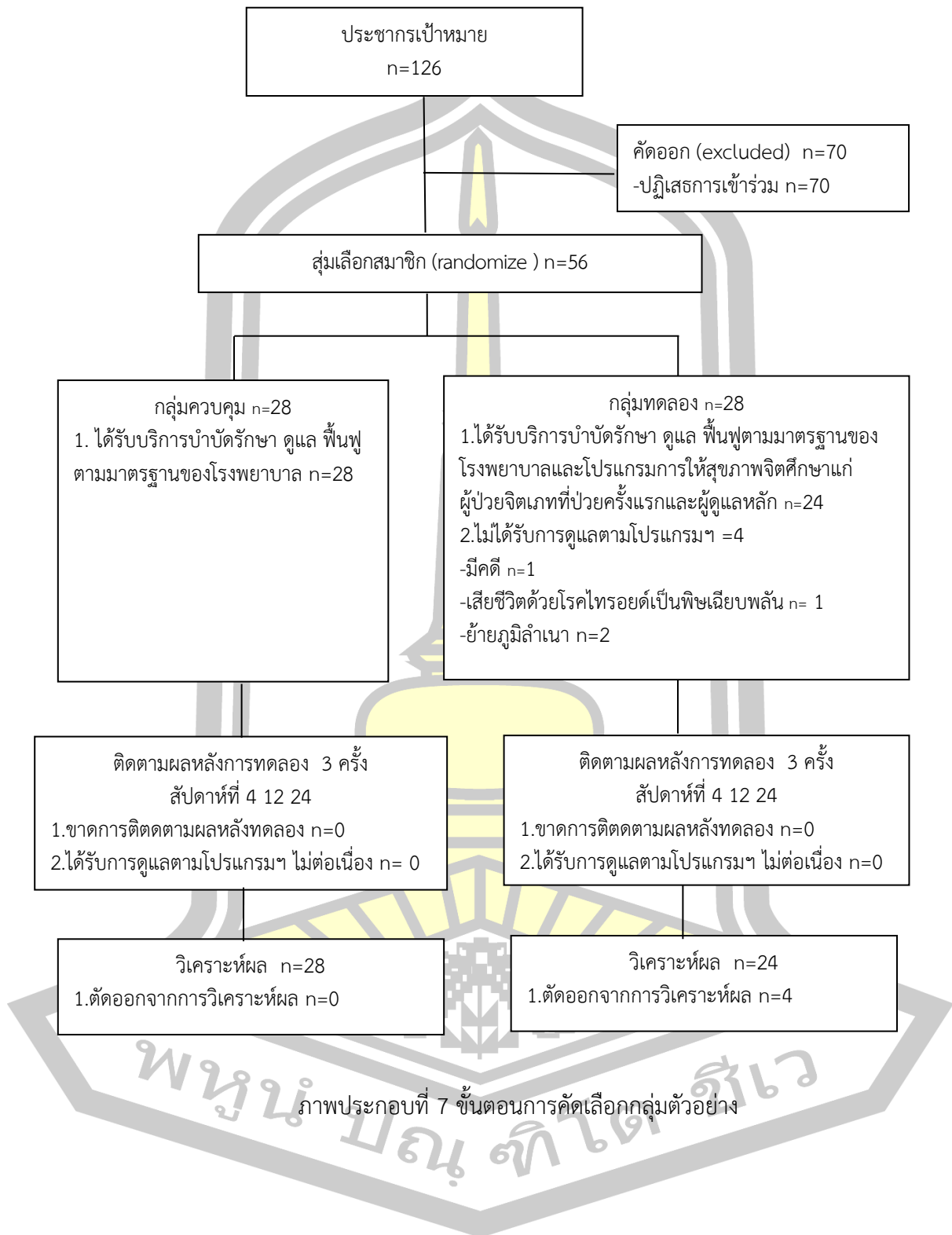
กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ได้รับ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก ควบคู่ไปกับการรับบริการบำบัดรักษา ดูแล ฟื้นฟูตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ไม่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก แต่ได้รับบริการบำบัดรักษา ดูแล ฟื้นฟูตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

2. กลุ่มผู้ดูแลหลัก คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) พร้อมกับผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา ตามข้อตกลงเบื้องต้นที่ให้ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน ต้องมีผู้ดูแลหลัก 1 คนเข้าร่วมโครงการ

3. กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด





3.2.4 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางสุขภาพ จากหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก อย่างน้อยหน่วยงานละ 1 คน มีบุคลากรทางสุขภาพ เข้าร่วม ชั้นที่ 1 จำนวน 21 คน ชั้นที่ 3 จำนวน 13 คน รวม 34 คน

2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลหลัก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Bernard, 2000) โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยของ เซียน และคณะ มาร่วมคำนวณ กำหนดให้มีอำนาจทดสอบร้อยละ 80.00 ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Chien et al., 2017) พบว่าได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 50.72 คน และป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (drop out) ร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 61 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง มีดังนี้

$$n/gr = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 [\sigma_1^2 + (\sigma_2^2/r)]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังนั้น ระดับนัยสำคัญ หรือ α เท่ากับ 0.05

กำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ดังนั้น ค่าความคลาดเคลื่อน หรือ β เท่ากับ 0.2

ค่า Z_{β} = เท่ากับ 0.84 ค่า $Z_{\alpha/2}$ = เท่ากับ 1.96

แทนค่า โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยของ (Chien et al., 2017)

σ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่ม ทดลอง เท่ากับ 8.5

σ_2 = แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่ม ควบคุม เท่ากับ 9.8

μ_1 = แทนค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ ทดลอง เท่ากับ 80.7

μ_2 = แทนค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ ควบคุม เท่ากับ 85.8

r = แทนสัดส่วนของจำนวนกลุ่มทดลองต่อกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1

$$\begin{aligned} \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม} &= \frac{(1.96+0.84)^2 [(8.5)^2 + ((9.8)^2/1)]}{(80.7 - 85.8)^2} \\ &= 50.72 \text{ คน} \end{aligned}$$

ป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง ร้อยละ 20 = 10.2 หรือ 10 คน

ดังนั้น จึงได้ตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 61 คน

3) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก ในการศึกษากำหนดให้ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนมีผู้ดูแลหลัก เข้าร่วมในการศึกษา 1 คน ดังนั้นจึงมีผู้ดูแลหลักจำนวน 29 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกระบวนการศึกษาในชั้นที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ โดยทีมผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพและผู้วิจัยหลักร่วมกันวิเคราะห์ ออกแบบขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิด 1) การบำบัดทางชีวภาพการแพทย์ ที่มุ่งเน้นปรับภาวะสมดุลให้แก่การทำงานของระบบสารชีวเคมีในสมองเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยให้มีการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง และ 2) รูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่มุ่งเน้นให้ความรู้เรื่องโรคและภาวะการเจ็บป่วย ร่วมกับแนวคิด 3) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ที่มุ่งเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองและอื่นๆ สำหรับผู้ป่วย และผู้ดูแล ซึ่งรูปแบบการดูแลดังกล่าวได้แก่ ออกแบบให้เป็นโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพิ่มเติมให้แก่ผู้รับบริการ เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก โดยดำเนินการควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานของแหล่งบริการ โดยใช้ชื่อ “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” มีการดำเนินกิจกรรมด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา และการติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมจิตเวช โปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก ในระยะเวลา 1 วัน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กิจกรรมที่ 2 การติดตามดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแล้วโดยทำพร้อมกับการมารับบริการตามนัดหมายปกติ หรือติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 4 12 24 รวม 3 ครั้ง

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล แบบสัมภาษณ์ แบบประเมิน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางสุขภาพผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งการทำงาน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วย

3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย

4) แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใช้บันทึกจำนวนผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำและได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการในสัปดาห์ที่ 4 12 และ 24 ตามลำดับ โดยคำนวณอัตราการกลับเป็นซ้ำดังนี้

$$= \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำและมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน}}{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด}} \times 100$$

2. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแล ความคิดเห็นต่ออาการทางจิต ความคิดเห็นต่อปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแล ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วย มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นด้านสภาพและสาเหตุของปัญหา ขนาดและแนวโน้มของปัญหา การรับรู้ผลกระทบของปัญหาและความต้องการในการดูแล

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างความคิดเห็นของผู้รับบริการต่ออาการทางจิตสำหรับผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วย มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็น กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป

3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างความคิดเห็นของบุคลากรทางสุขภาพต่อปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแล มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล การเรียนรู้และพัฒนาที่เกิดขึ้น ประสิทธิภาพต่อผู้รับบริการ การบริหารจัดการข้อเสนอแนะ

3. แบบประเมิน ประกอบด้วย เครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบประเมินมาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) และ แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (PSS-T) ดังนี้

1) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) พัฒนามาจากแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท positive and negative syndrome scale (PANSS) ที่สร้างโดย Kay, Fiszbein and Opler (1987) โดย ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการและพฤติกรรม แบ่งเป็นกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ อารมณ์ และจิตพยาธิสภาพทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วนย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก 7 ข้อ กลุ่มอาการด้านลบ 7 ข้อ และอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความตรง (validity) ในเชิงโครงสร้าง การจำแนก การทำนาย มีค่าความเชื่อมั่นเมื่อใช้โดยผู้ให้คะแนนหลายคน (inter-rater reliability) อยู่ในช่วง 0.83-0.87 ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของการวัดแยกรายด้าน กลุ่มอาการด้านบวกเท่ากับ 0.73 กลุ่มอาการด้านลบเท่ากับ 0.83 อาการความผิดปกติทางจิตทั่วไปเท่ากับ 0.79 โดยคะแนนในแต่ละชั้นจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่มีอาการ
- 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด
- 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง

5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง

6 หมายถึง มีอาการรุนแรง

7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

เกณฑ์ในการแปลผลระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยการคิดคะแนนรวมของข้อคำถามต่างๆ จากแต่ละกลุ่มอาการ ซึ่งคะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมด มีค่าระหว่าง 30-210 คะแนน และนำคะแนนรวมมาหาค่าเฉลี่ย โดยหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คือ 30 แปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

1.00	หมายถึง	ไม่มีอาการ
1.01-2.00	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
2.01-3.00	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
3.01-4.00	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
4.01-5.00	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
5.01-6.00	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
6.01-7.00	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาต โดยทำหนังสือบันทึกข้อความถึงคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ เพื่อออกหนังสือขออนุญาตใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนี้และได้รับการอนุญาตแล้ว

2) แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (PSS-T) พัฒนามาจากแบบประเมินภาวะเครียด perceived stress scale (PSS-10) ที่สร้างโดย โคเฮน คาร์มากและ เมอร์เมลสทิน (Chien et al., 2017) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ณัททัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ เพื่อใช้วัดการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อโดยข้อ 4 5 7 8 เป็นคำถามทางบวก ส่วนที่เหลืออีก 6 ข้อเป็นคำถามทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) มี 5 ระดับ ลักษณะคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ตอบตามความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้นคะแนนมากแสดงถึงความรู้สึกเครียดในระดับสูง เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการทดลองใช้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.85 (Wongpakaran, N., & Wongpakaran, 2010; Allott et al., 2015) การประเมินคะแนนในแต่ละขั้นจะแสดงถึงระดับความเครียดดังนี้

ข้อความทางบวก

ไม่เลย หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยใน 1 เดือน ได้ 0 คะแนน

แทบจะไม่มี หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1-2 ครั้งในหนึ่งเดือนได้ 1 คะแนน

มีบางครั้ง หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง ได้ 2 คะแนน

ค่อนข้างบ่อย หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง ได้ 3

คะแนน

บ่อยมาก หมายถึง เกิดความรู้สึกกับท่านเป็นประจำทุกวัน ได้ 4 คะแนน

ข้อความทางลบ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยใน 1 เดือน ได้ 4 คะแนน
 แทบจะไม่มี หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1-2 ครั้งในหนึ่งเดือนได้ 3

คะแนน

มีบางครั้ง หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง ได้ 2 คะแนน
 ค่อนข้างบ่อย หมายถึง เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง ได้ 1

คะแนน

บ่อยมาก หมายถึง เกิดความรู้สึกกับท่านเป็นประจำทุกวัน ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลระดับความเครียด แบ่ง 3 ระดับตามช่วงคะแนน ดังนี้

10-20	หมายถึง เครียดระดับต่ำ
21-31	หมายถึง เครียดระดับปานกลาง
32-40	หมายถึง เครียดระดับสูง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาต โดยทำหนังสือบันทึกข้อความถึงคณบดีคณะ
 สาธารณสุขศาสตร์ เพื่อออกหนังสือขออนุญาตใช้แบบประเมินภาวะเครียด ฉบับภาษาไทย (PSS-T)
 เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนี้ และได้รับการอนุญาตแล้ว

3) แบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลหลักที่ได้รับ
 การดูแลด้วยรูปแบบการดูแลนี้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) มี 10
 ระดับ เป็นตัวเลข 1-10 จำนวน 6 ข้อ (Laerhoven et al., 2004) เกณฑ์ในการแปลผลแบ่งเป็น 3
 ระดับตามช่วงคะแนน ดังนี้

1-3	หมายถึง พึงพอใจน้อย
4-6	หมายถึง พึงพอใจปานกลาง
7-10	หมายถึง พึงพอใจมาก

4) การวิเคราะห์ความเครียด และ ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ
 (Heart Rate Variability; HRV) ด้วยเครื่อง uBioclip Macpa (Tudpor et al., 2019) เป็นเครื่อง
 ตรวจวัดสภาพภายในหลอดเลือด โดยตรวจจับสัญญาณชีพจรและใช้ระบบเซ็นเซอร์ทำการวิเคราะห์
 ข้อมูล โดยฉายรังสีอินฟราเรด (IR) ผ่านปลายนิ้ว การวิเคราะห์ความเครียด การทำงานของระบบ
 ประสาทอัตโนมัติและความสามารถในการรับมือกับความเครียด จากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
 จังหวะการเต้นของหัวใจในช่วงปกติต่อเนื่อง (the standard deviation of the normal-to-
 normal intervals; SDNN) SDNN ดังนี้

อายุ < 50 ปี

ค่า SDNN	ระดับ	การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและ ความสามารถในการรับมือกับความเครียด
> 50	ปกติสูง	ดี
35-50	ปกติต่ำถึงปานกลาง	ปกติ

20-35	ต่ำ	ลดลง
< 20	ต่ำมาก	มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเครียดเรื้อรังซึ่งอาจทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติตามมา
อายุ > 50 ปี		
> 40	ปกติสูง	ดี
20-40	ปกติต่ำถึงปานกลาง	ปกติ
15-20	ต่ำ	ลดลง
< 15	ต่ำมาก	มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเครียดเรื้อรังซึ่งอาจทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติตามมา

3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท สร้างโดย พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ และคณะ (2547) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบบมีตัวเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ใช่และไม่ใช่ การให้คะแนนคำตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลแบ่งเป็น 2 ระดับดังนี้

11-20 คะแนน	อยู่ในระดับ สูง
0-10 คะแนน	อยู่ในระดับ ต่ำ

4) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชของญาติสร้างโดย ทานตะวัน แย้มบุญเรือง (2540) มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ แบบมีตัวเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ใช่และไม่ใช่ การให้คะแนนคำตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

25 คะแนนขึ้นไป	อยู่ในระดับ ดีมาก
22-24 คะแนน	อยู่ในระดับ ดี
21-23 คะแนน	อยู่ในระดับ ปานกลาง
20-22 คะแนน	อยู่ในระดับ พอใช้
ต่ำกว่า 20 คะแนน	อยู่ในระดับ ต้องปรับปรุง

3.3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) และแบบประเมินความพึงพอใจ มีการสร้างเครื่องมือ โดย พิจารณารายละเอียดจากความมุ่งหมายของการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย ศึกษาทฤษฎีต่าง ๆ และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความพึงพอใจ แล้วตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อ (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน

4 คน ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (index of item-objective congruence) ของข้อคำถามทั้งหมด ซึ่งได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.75-1.0 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้รับบริการและบุคลากรสุขภาพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจ ความเหมาะสมและความชัดเจนของคำถาม หลังจากทดลองใช้แล้วปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. เครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบประเมินมาตรฐาน ประกอบด้วย

1) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท positive and negative syndrome scale (PANSS) สร้างโดย Kay, Fiszbein and Opler (1987) ซึ่ง ธนา นิลชัยโกวิท (2550) ได้แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย เครื่องมือนี้ได้รับการยอมรับ ว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ที่ได้รับการยอมรับเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้าง การจำแนก การทำนาย และมีค่าความเชื่อมั่นเมื่อใช้โดยผู้ให้คะแนนหลายๆ คน (inter-rater reliability) อยู่ในช่วง 0.83-0.87 มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของการวัดแยกรายด้าน กลุ่มอาการด้านบวกเท่ากับ 0.73 กลุ่มอาการด้านลบเท่ากับ 0.83 อาการความผิดปกติทางจิตทั่วไปเท่ากับ 0.79 (Nilchaikovit et al., 2000)

2) แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (PSS-T) แบบประเมินภาวะเครียด perceived stress scale (PSS-10) สร้างโดย โคเฮน คาร์มิกและเมอร์เมลสทิน (Cohen et al., 1983) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ และผ่านการทดลองใช้ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.85 (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010)

3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท สร้างโดย พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ และคณะ (2547) ผ่านการทดลองใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.91

4) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชของญาติสร้างโดย ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ผ่านการทดลองใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) 0.60

3. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพและผู้วิจัยหลัก ร่วมกันวิเคราะห์ พิจารณารายละเอียดจากความมุ่งหมายของการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย ศึกษาทฤษฎีต่าง ๆ และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งประกอบด้วย แผนการเรียนรู้ สื่อ และ แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง แล้วตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อ (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 คน ได้รับข้อเสนอแนะและดำเนินการปรับปรุงในด้านการเรียงลำดับเนื้อ การปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับกิจกรรม การใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (index of item-objective congruence) ระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา ซึ่งได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง

0.75-1.0 ผู้วิจัยและทีมได้ทดลองใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา กับผู้รับบริการและบุคลากรสุขภาพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง ผู้ป่วย 6 คน ผู้ดูแล 6 คน และบุคลากร 3 คน และได้ปรับปรุงในเรื่องการใช้สื่อการสอนมีขนาดใหญ่และชัดเจนมากขึ้น ขั้นตอนกิจกรรมตามใบงานใช้การพูดคุยถามตอบ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แทนการเขียนตอบ และการแบ่งกลุ่มผู้เรียน แล้วปรับปรุงให้ พร้อมสำหรับการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

3.4.1.1 การใช้แบบบันทึก ต่าง ๆ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลหลัก บุคลากรทางสุขภาพ และแบบบันทึกข้อมูลการกลับมาปรึกษาซ้ำในโรงพยาบาล

3.4.1.2 การใช้แบบประเมินต่าง ๆ ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชของญาติ และแบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลหลักต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

3.4.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก และการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางสุขภาพต่อปัจจัยแห่งความสำเร็จ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลนี้ และความคิดเห็นของผู้รับบริการและผู้ดูแลหลักต่ออาการทางจิต

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

3.5.1.1 สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลคุณลักษณะประชากร อาการทางจิต ภาวะเครียด ความพึงพอใจ จำนวนผู้ป่วยที่กลับมาปรึกษาซ้ำ วิเคราะห์โดย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5.1.2 สถิติเชิงอนุมาน

1) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร อาการทางจิต ความเครียด ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test)

2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร อารมณ์ทางจิต ความเครียด ความรู้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการวัดผลทั้ง 4 ครั้ง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ 4 12 และ 24 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

3) เปรียบเทียบอัตราการกลับเป็นซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

3.5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในขั้นที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก และในขั้นที่ 3 การศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วย ผู้ดูแล ต่อโปรแกรม และขั้นที่ 4 และการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางสุขภาพต่อปัจจัยแห่งความสำเร็จ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และ (Miles & Huberman, 1994) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ (Nvivo 11) โดยนำข้อมูลมา เลือกจัดหมวดหมู่ จำแนกประเภทข้อมูล สรุปประเด็นสำคัญ แล้วนำเสนอด้วย การอธิบาย บรรยาย และอภิปราย ตามสภาพความเป็นจริง และตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

3.6 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน ดังนี้

3.6.1 การใช้หลักเอกลิทธิ (autonomy) หมายถึง การคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและมีอิสระในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัย การยินยอมร่วมศึกษาวิจัย ผู้ศึกษาให้สิทธิการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยผู้ศึกษาได้ขออนุญาตผู้ดูแลหลัก ผู้ปกครองผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดแก่ผู้ร่วมศึกษา หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจ โดยขอความยินยอมด้วยวาจาและเอกสารในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

3.6.2 การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมศึกษาวิจัย ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นว่า การเข้าร่วมในการศึกษานี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาแต่ประการใดจะไม่คุกคามหรือทำร้ายความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการศึกษา ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมการศึกษาหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็น ความลับโดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างปรากฏในแบบสัมภาษณ์และรายงานผลการศึกษา

3.6.3 งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH 010 / 2560 วันที่รับรอง 2 พฤษภาคม 2560 ถึง 1 พฤษภาคม 2561

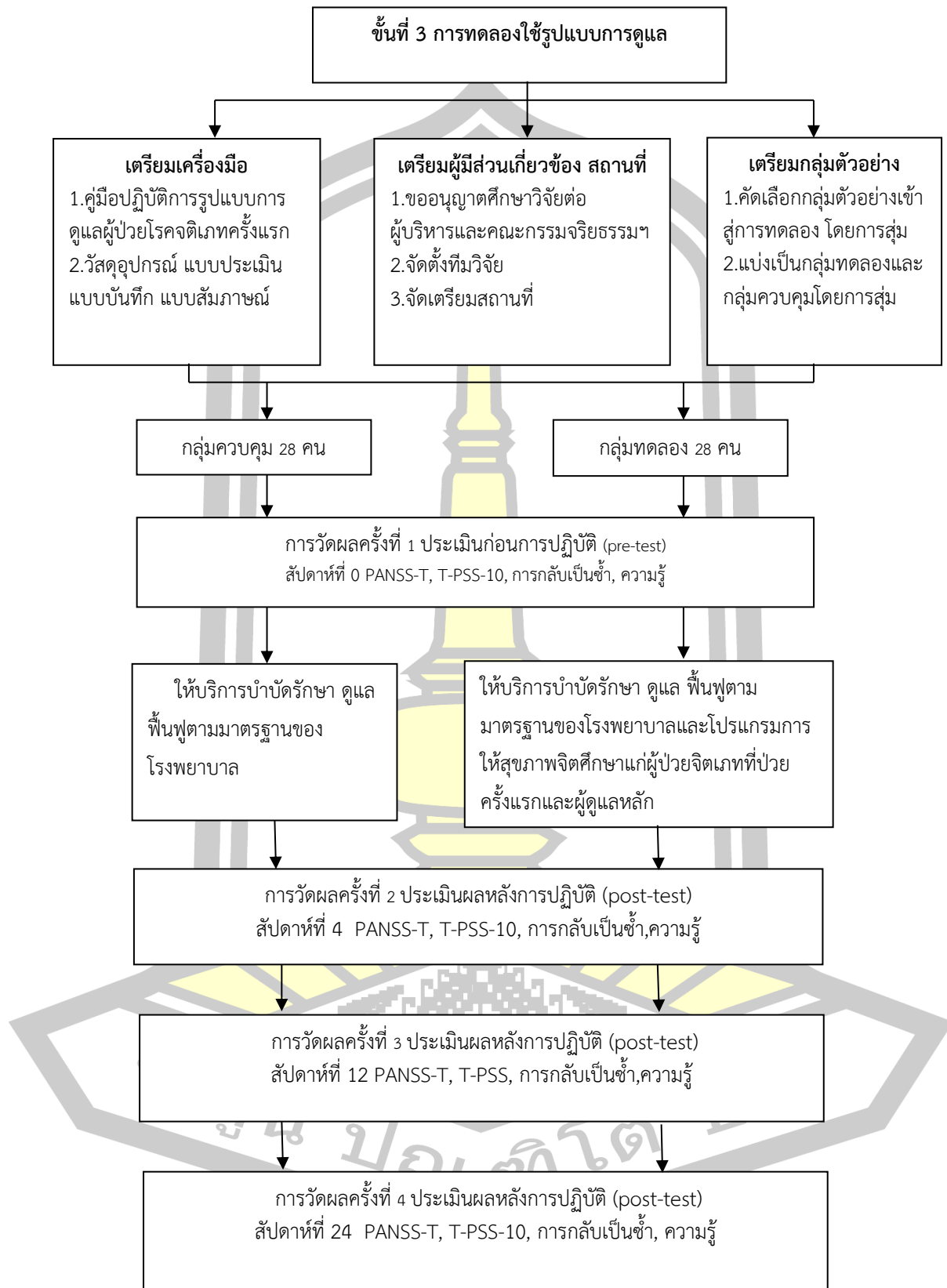
2) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH 071 / 2561 วันที่รับรอง 28 พฤศจิกายน 2561 ถึง 27 พฤศจิกายน 2562

3) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 008/2562 วันที่รับรอง 25 มิถุนายน 2562 ถึง 25 มิถุนายน 2563

4) คณะจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 225 / 2562 วันที่
รับรอง 26 ธันวาคม 2562 ถึง 25 ธันวาคม 2563

3.6.4 การวิจัยเชิงทดลองได้ลงทะเบียน Thai Clinical Trails Registry ได้รับ Primary
(site) ID คือ “TCTR20190923001” เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2562





ภาพประกอบที่ 8 การดำเนินการวิจัยในขั้นที่ 3 การใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดผลการวิจัยดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษาศาสนาการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

4.2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

4.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกและปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

4.1 ผลการศึกษาศาสนาการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ส่วนที่ 2 ระเบียบวิธีการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกในปัจจุบัน

ส่วนที่ 3 ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. บุคลากรทางสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพมีจำนวน 21 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81 อายุระหว่าง 34 ถึง 52 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี ร้อยละ 76.2 มีระดับการศึกษา สูงกว่าปริญญาตรี เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 47.6 รองลงมาเป็นจิตแพทย์ ร้อยละ 23.8 อยู่ในหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 71.4 บุคลากร ร้อยละ 85.7 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งมากกว่า 10 ปี โดยเฉลี่ย 22 ปี ดังตารางที่ 2

พญ. ปณ. ทิ. โต. ชี. เว

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะประชากรของบุคลากรทางสุขภาพ

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย male	4(19%)
หญิง female	17(81%)
อายุ (ปี)	
เฉลี่ย	44.48 (SD 6.013)
ต่ำสุด-สูงสุด	34-52
การศึกษา	
ปริญญาตรี	5(23.8%)
สูงกว่าปริญญาตรี	16(76.2%)
ตำแหน่ง	
จิตแพทย์	5(23.8%)
พยาบาลจิตเวช	10 (47.6%)
นักสังคมสงเคราะห์	2(9.5%)
นักจิตวิทยา	2(9.5%)
นักกิจกรรมบำบัด	1(4.8%)
โภชนากร	1(4.8%)
แผนก	
ผู้ป่วยนอก	15 (71.4%)
ผู้ป่วยใน	6 (28.6%)
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (ปี)	
เฉลี่ย	22.38 (SD 8.697)
ต่ำกว่า 10 ปี	3 (14.3%)
มากกว่า 10 ปี	18 (85.7%)

2. ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักมีจำนวน 10 คน เป็นเพศชายร้อยละ 50 อายุระหว่าง 42 ถึง 70 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 50 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 80 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 40 ผู้ดูแลหลักมีรายได้ระหว่าง 5000-20000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 9,500 บาทต่อเดือน ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมานาน 2 ถึง 13 เดือน เฉลี่ย 8.6 เดือน และ ผู้ดูแลหลักร้อยละ 80 เป็นพ่อหรือแม่ของผู้ป่วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ดูแลหลัก

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย male	5(50.0%)
หญิง female	5(50.0%)
อายุ (ปี)	
เฉลี่ย	53.40 (SD 8.514)
สูงสุด-ต่ำสุด	42-70
สถานภาพ	
โสด	2(20.0%)
สมรส	5(50.0%)
หม้าย หย่า/แยก	3(30.0%)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	8(80.0%)
มัธยมศึกษา	2(20.0%)
อาชีพ	
รับจ้างทั่วไป	4(40.0%)
เกษตรกร	1(10.0%)
อาชีพส่วนตัว/ค้าขาย	3(30.0%)
อื่น ๆ แม่บ้าน	2(20.0%)
รายได้ (บาท)	
เฉลี่ยต่อเดือน	9500 (SD 4790.036)
ต่ำสุด-สูงสุด	5000-20000
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมานาน (เดือน)	
เฉลี่ย	8.60 (SD 4.30)
ต่ำสุด-สูงสุด	2-13
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
พ่อ หรือ แม่	8(80.0%)
พี่น้อง	1(10.0%)
ญาติ ป้า	1(10.0%)

3. ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก เป็นเพศชายร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 17 ถึง 54 ปี อายุเฉลี่ย 31 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 59.20 กิโลกรัม ทุกคนมีสถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 70 มีการประกอบอาชีพร้อยละ 60 ส่วนมากมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40 ว่างานร้อยละ 30 มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 0 ถึง 20,000 บาท เฉลี่ย 5,300 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วยนาน 2-13 เดือน เฉลี่ย 9.5 เดือน มีผู้ดูแลหลักเป็นพ่อหรือแม่ร้อยละ 50 รองลงมา เป็นสามีหรือภรรยาร้อยละ 30 ผู้ป่วยร้อยละ 60 ไม่มีญาติสายตรงที่ป่วยทางจิตเวช มีการใช้สารเสพติดร้อยละ 50 ได้แก่ยาบ้า สุรา และบุหรื และมีผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติดร้อยละ 50 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ป่วย

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย male	7(70.0%)
หญิง female	3(30.0%)
อายุ (ปี)	
เฉลี่ย	31.50 (SD 12.964)
ต่ำสุด-สูงสุด	17-54
น้ำหนัก	
เฉลี่ย	59.20 (SD 11.764)
ต่ำสุด-สูงสุด	38-75
สถานภาพ	
โสด	10(100.0%)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	3(30.0%)
มัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	7(70.00%)
อาชีพ	
ว่างงาน	3(30.0%)
รับจ้างทั่วไป	4(40.0%)
อาชีพส่วนตัว ค้าขาย	2(20.0%)
อื่น ๆ นักศึกษา	1(10.0%)
รายได้ (บาท)	
เฉลี่ยต่อเดือน	5300 (SD 6254.681)
ต่ำสุด-สูงสุด	0.00-20000
ระยะเวลาที่ป่วย (เดือน)	

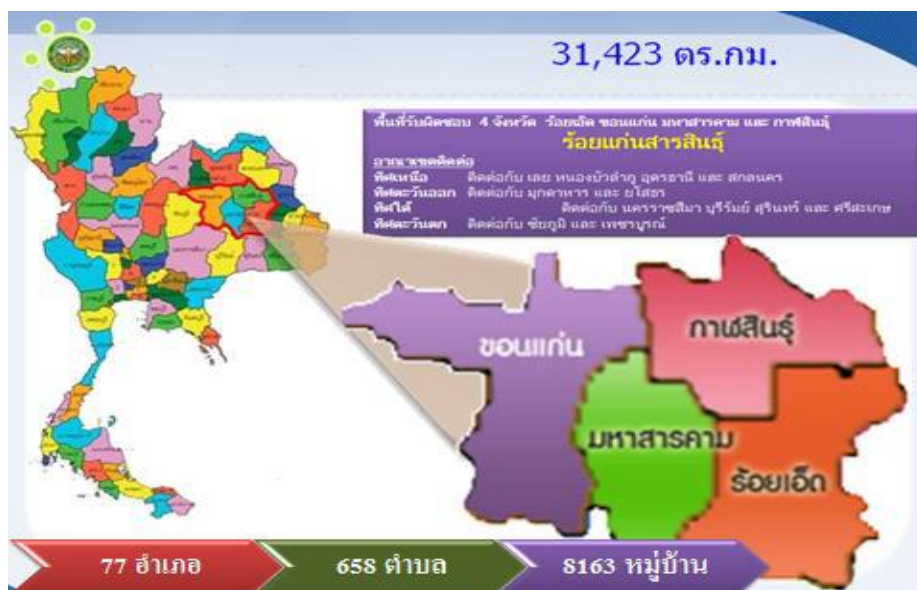
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ป่วย (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เฉลี่ย	9.50 (SD 3.92)
สูงสุด-ต่ำสุด	2-13
ผู้ดูแลหลัก	
พ่อ หรือ แม่	8(80.0%)
พี่น้อง	1(10.0%)
ญาติ ป้า	1(10.0%)
การมีญาติสายตรงที่ป่วยทางจิตเวช	
ไม่มี	6(60.0%)
มี	4(40.0%)
การใช้สารเสพติด	
ไม่ใช้	5(50.0%)
บุหรี	1(10.0%)
สุรา	1(10.0%)
ยาบ้า	3(30.0%)

ส่วนที่ 2 ระบบ วิธีการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกในปัจจุบัน

1. บริบทการบริการของพื้นที่ศึกษา หน่วยงานที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขนาด 220 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบให้บริการในพื้นที่บริการครอบคลุมเขตบริการสุขภาพจิต 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ รวม 31,423 ตารางกิโลเมตร ดังภาพประกอบที่ 9





ภาพประกอบที่ 9 พื้นที่บริการในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

2. นโยบายสำคัญในการบริการ โรงพยาบาลมีกำหนดพันธกิจ นโยบายสำคัญในการให้บริการ เพื่อบรรลุความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กร ประกอบด้วย หน้าที่ความรับผิดชอบ วิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบายคุณภาพ เชื่อมโยง ค่านิยม เป้าหมาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้ **หน้าที่ความรับผิดชอบ** โรงพยาบาลมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ได้แก่ 1) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เพื่อพัฒนางาน องค์ความรู้และเทคโนโลยีรวมทั้งรูปแบบการให้บริการเฉพาะด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2) ส่งเสริมพัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเฉพาะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน 3) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาทางจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 4) ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย **วิสัยทัศน์** โรงพยาบาลกำหนดวิสัยทัศน์ มุ่งที่จะเป็นเลิศในด้านการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศและมีมาตรฐานด้านบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช **พันธกิจ** โรงพยาบาลมีพันธกิจ ดังต่อไปนี้ 1) ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับ excellent center 2) พัฒนาเครือข่ายการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ (service plan) 3) พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวช **นโยบายคุณภาพ** โรงพยาบาลมีนโยบายคุณภาพ มุ่งที่จะให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเฉพาะด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3. การให้บริการ โรงพยาบาลกำหนดโครงสร้างการบริหารงานเพื่อสอดคล้องกับพันธกิจ นโยบายสำคัญในการบริการ ประกอบด้วย สำนักอำนวยการ เขตสุขภาพ ฝ่ายบริหาร ฝ่ายการแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล โดย ฝ่ายการแพทย์และฝ่ายการพยาบาลเป็นส่วนงานหลักที่ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการผู้มีปัญหาทางจิต ซึ่งแบ่งการทำงานเป็นกลุ่มงาน ดังนี้ ฝ่ายการแพทย์ ประกอบด้วย กลุ่มงานการแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่ม

งานเทคนิคบริการ ศูนย์จิตรประภัสร์ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานนิติจิตเวช กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพตอมคู่ ฝ่ายเวชระเบียน ศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพจิต ส่วนฝ่ายการพยาบาล ประกอบด้วย ตึกผู้ป่วยชงโค ตึกผู้ป่วยฝ้ายคำ ตึกผู้ป่วยเฟื่องฟ้า ตึกผู้ป่วยศรีตรัง และโรงพยาบาลจัดรูปแบบการให้บริการประกอบด้วย การบริการแบบผู้ป่วยนอก การบริการแบบผู้ป่วยใน โดยมีรายละเอียดการให้ดังนี้

3.1 การบริการแบบผู้ป่วยนอก ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ส่งเสริมป้องกัน ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วย ญาติ ประชาชนทั่วไปผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มารับบริการ กิจกรรมการบริการที่สำคัญได้แก่

1) บริการคัดแยกบริการและแนะนำขั้นตอนบริการ โดยการสัมภาษณ์และคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้สารเสพติด โรคทางกายและการใช้ยาโรคทางกาย รวมทั้งการวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง บันทึกอาการสำคัญ ให้แก่ผู้รับบริการ ณ บริเวณด้านหน้าอาคารผู้ป่วยนอก

2) บริการก่อนและหลังพบแพทย์ จัดให้ผู้รับบริการได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา กับแพทย์ และบริหารจัดการผู้รับบริการเข้าสู่จุดบริการต่าง ๆ หลังพบแพทย์ เช่น ให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยใหม่ รับไว้รักษา ส่งต่อ ระบบนัด การใช้ประโยชน์จากสิทธิบัตร สังคมสงเคราะห์ การประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อรับบริการการตรวจพิเศษ/บำบัดรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

3) บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยที่ถูกนำส่งโรงพยาบาล (โดยญาติ รถ refer ตำรวจ พลเมืองดี) มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือทรัพย์สินที่จะได้รับการประเมินอาการทางจิตและระดับความรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน HoNOS หากความรุนแรงอยู่ในระดับ 3-4 คะแนน จะจัดให้เป็นจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อให้ได้รับการตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา ภายใน 28 นาที

4) บริการรับยาเดิม แพทย์จะส่งต่อกลุ่มผู้ป่วยที่อาการทุเลาและไม่ได้รับยาความเสี่ยงสูงรับยาเดิมกับพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการที่รวดเร็วขึ้น ในการบริการจะมีการคัดกรองและประเมิน อาการ อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประวัติแพ้ยา ประวัติโรคทางกายและยารักษาโรคทางกาย หากมีอาการกำเริบหรืออาการผิดปกติจะส่งผู้ป่วยพบแพทย์ก่อนครบกำหนด เมื่อครบกำหนดพบแพทย์ตามคำสั่งแพทย์จะส่งผู้รับบริการพบแพทย์

3.2 การบริการแบบผู้ป่วยใน เป็นการให้บริการบำบัดรักษา พยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช แบบนอนค้าง(ผู้ป่วยใน) ตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้บริการบำบัดรักษา พยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย แบบองค์รวมและส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องถึงชุมชน ให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการ แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ ประเภท 1 ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (acute phase1) ประเภท 2 ผู้ป่วยแรกเริ่ม (acute phase2) ประเภท 3 ผู้ป่วยเรื้อรังบำบัด ประเภท 4 ผู้ป่วยบำบัดระยะยาว (stable phase) และจะมีการดูแลรักษาเฉพาะสำหรับโรคสำคัญตามระยะของโรคร่วมด้วย การบริการแบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วยหอผู้ป่วยจิตเวชชาย จำนวน 3 แห่ง คือหอผู้ป่วยชงโค ฝ้ายคำ เฟื่องฟ้า และหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 1 แห่ง คือหอผู้ป่วยศรีตรัง

4. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โรงพยาบาลมีการจัดทำ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน และเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับทีมสหวิชาชีพตั้งแต่มารับบริการจนถึงการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน มีแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน แพทย์ งานเภสัชกรรม พยาบาล เทคนิคการแพทย์ งานโภชนาการ งานนิติจิตเวช งานจิตวิทยาคลินิก งานสังคมสงเคราะห์ งานฟื้นฟูสมรรถภาพ งานแพทย์ทางเลือก งานทันตกรรม งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน มีการส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับผ่านเครือข่าย ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ดังตัวอย่าง แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน และ งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน (ภาพประกอบที่ 10-12) (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล และศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, 2555)

ตัวอย่าง แนวทางปฏิบัติ งานบริการผู้ป่วยนอก ดังนี้ (ภาพประกอบที่ 10)

1. การออกไปตรวจรักษา *เวชระเบียน* โดยตรวจค้นหาผู้ป่วย ส่งค้นประวัติและออกไปตรวจรักษา แล้วส่งใบตรวจรักษาพร้อมแฟ้มประวัติผู้ป่วยให้พยาบาล

2. การคัดกรอง *พยาบาลวิชาชีพ* สอบถามประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและการรักษา อาการสำคัญ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสัญญาณชีพ คัดกรองอาการสำคัญและลงบันทึกข้อมูลในใบตรวจรักษา การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย *นักสังคมสงเคราะห์* ทำการสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วย

3. การตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษา *แพทย์* ตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษา โดยรับผู้ป่วยสัมภาษณ์ประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ประเมินทางกาย จิตสังคม และให้การวินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคระบบสากล (ICD-10) ประเมินความรุนแรงตามสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น ความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย ความก้าวร้าว พิจารณาให้การรักษาได้แก่ การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ การส่งต่อ การส่งบำบัดรักษา เช่น คลินิกให้คำปรึกษา คลินิกนิติจิตเวช จิตสังคมบำบัด ตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ การรักษาด้วยยา กรณีผู้ป่วยเก่าพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษา ผลข้างเคียงของยา และปรับเปลี่ยนการรักษาตามความเหมาะสม กรณีอาการสงบทุเลา พิจารณาเข้ารับการรักษาเดิม และติดตามผลการรักษา ด้วยระบบบริการนัดหมาย

3.1 กรณีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่และผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ ตามเกณฑ์ กรณีเป็นผู้ป่วยจิตเภททั่วไป 1) พิจารณารับไว้รักษา *พยาบาลวิชาชีพ* ประเมินภาวะสุขภาพ ความเสี่ยง และสมรรถนะผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนทางกายลงบันทึกและส่งต่อความเสี่ยง อาการ สำคัญและแผนการรักษาพยาบาลต่อทีมผู้ป่วยใน 2) พิจารณาให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก *พยาบาลวิชาชีพ* สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ความร่วมมือในการรักษา อาการทางคลินิกโดยใช้แบบประเมิน HoNOS ให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยและญาติ กรณีผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน *ทีมสหวิชาชีพ* ส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น นักจิตวิทยา เพื่อทำจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์เพื่อทำครอบครัวบำบัด หน่วยการ แพทย์ทางเลือก เพื่อบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม นักอาชีวบำบัด เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น *พยาบาลวิชาชีพ* ลงบันทึกการบริการ นัดติดตามผลในเดือน ครั้งที่ 1 3 6 หลังมารับบริการ ระบุว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติในระบบ online 3.2 กรณีเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน *พยาบาลวิชาชีพ* งานบริการจิตเวชฉุกเฉินปฏิบัติ

ตามระเบียบปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและดำเนิน การในข้อ 1.1 และ 1.2 การรับยา
เภสัชกร ให้การปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติ และให้ผู้ป่วย CPG จิตเภททุกราย โดยเน้นให้ผู้ป่วย
รับประทานยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย กรณีมีญาติแนะนำให้ญาติมี ส่วนร่วมในการดูแลการ
รับประทานยา

ตัวอย่าง แนวทางปฏิบัติฯ งานบริการผู้ป่วยใน ดังนี้ (ภาพประกอบที่ 11)

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาจากงานผู้ป่วยนอก ทีมการพยาบาล รับผู้ป่วยตรวจสอบ
ความถูกต้อง ของเอกสาร คำสั่งการรักษา เวชภัณฑ์
2. การประเมินภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณของผู้ป่วยและ
ครอบครัวจากญาติ ปฐมนิเทศ ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้ญาติเซ็นยินยอมให้ผู้ป่วย
รับการรักษา ตรวจสอบทรัพย์สินผู้ป่วย ให้ซักถามข้อสงสัย ให้การดูแลผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ
การบำบัดตามมาตรฐาน ประเมินอาการทางจิต ภาวะสุขภาพความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วย โดยใช้
แบบประเมินสุขภาพและลงบันทึก เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เสี่ยงต่อภาวะก้าวร้าว ซ้ำ
ตัวตาย หลบหนี อุบัติเหตุ สื่อสารโดยติดสติ๊กเกอร์ และส่งต่อด้วยวาจาอย่างต่อเนื่องเวรต่อเวร
ตลอดจน ประสานการดูแลกับทีมสหวิชาชีพ
3. คัดกรองผู้ป่วยประเมินปัญหาและเพื่อพบแพทย์ พยาบาล แพทย์ สหวิชาชีพ
คัดกรองผู้ป่วยตามปัญหาอาการ ความต้องการ วินิจฉัยและปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
และแผนการรักษา สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษาและประเมินอาการทางจิต ความต้องการ
ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกต
ผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา และลงบันทึกในรายงาน เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วย ทางด้านร่างกาย การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ จัดเข้า
กิจกรรมกลุ่มจิตบำบัด กลุ่มจิตสังคมบำบัด
5. การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ งาน
สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน กรณีที่ผู้ป่วยพร้อมจำหน่าย ให้สุขภาพจิตศึกษาตามแนวปฏิบัติฯ
ประสานงานกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง
จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตามแนวทางการรักษาของแพทย์ พร้อมให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านแก่ผู้ป่วย
และญาติ ออกใบนัดระบุ CPG จิตเภท ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้งานบริการหลังพบแพทย์ ติดตามการมา
ตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่และผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90
วัน และนัดดูแลต่อเนื่อง 6 เดือน

ผู้รับผิดชอบ

กิจกรรม/เอกสาร

- เวชระเบียน

- พยาบาลวิชาชีพ

- นักสังคมสงเคราะห์
- พยาบาลวิชาชีพ
(นอกเวลาราชการ)

- พยาบาลวิชาชีพ

- แพทย์

- นักจิตวิทยาคลินิก
- นักเทคนิคการแพทย์
- พยาบาลวิชาชีพ

- นักจิตวิทยาคลินิก
- จิตสังคมบำบัด

- แพทย์ทางเลือก
- อาชีวบำบัด
- นิติจิตเวช
- นักสังคมสงเคราะห์
- Admission center

- ทีมเคลื่อนย้าย
- พยาบาลวิชาชีพ

- จิตเวชชุมชน
- นักสังคมสงเคราะห์
- แพทย์

- พยาบาล
- เภสัชกร
- การเงิน

- ใบตรวจรักษา/ใบส่งต่อ/หนังสือตรวจ

- คู่มือคัดกรอง/เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ใบตรวจรักษา
- บัตรคิว
- บัตรประจำตัวผู้รับบริการ
- แบบฟอร์มตรวจวินิจฉัยทางสังคม
- ชักประวัติในระบบ OPD/IPD online
- แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา

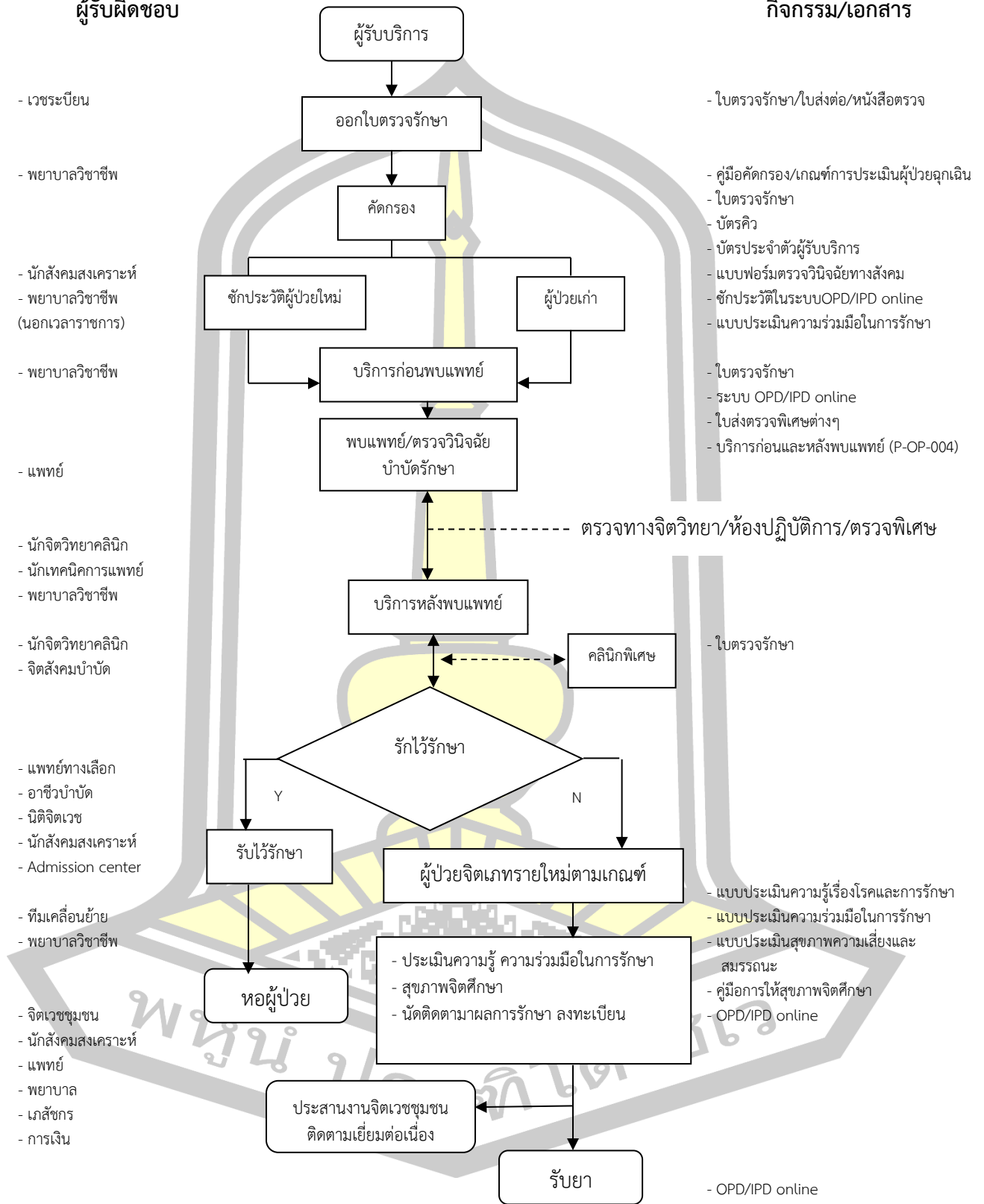
- ใบตรวจรักษา
- ระบบ OPD/IPD online
- ใบส่งตรวจพิเศษต่างๆ
- บริการก่อนและหลังพบแพทย์ (P-OP-004)

----- ตรวจทางจิตวิทยา/ห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ

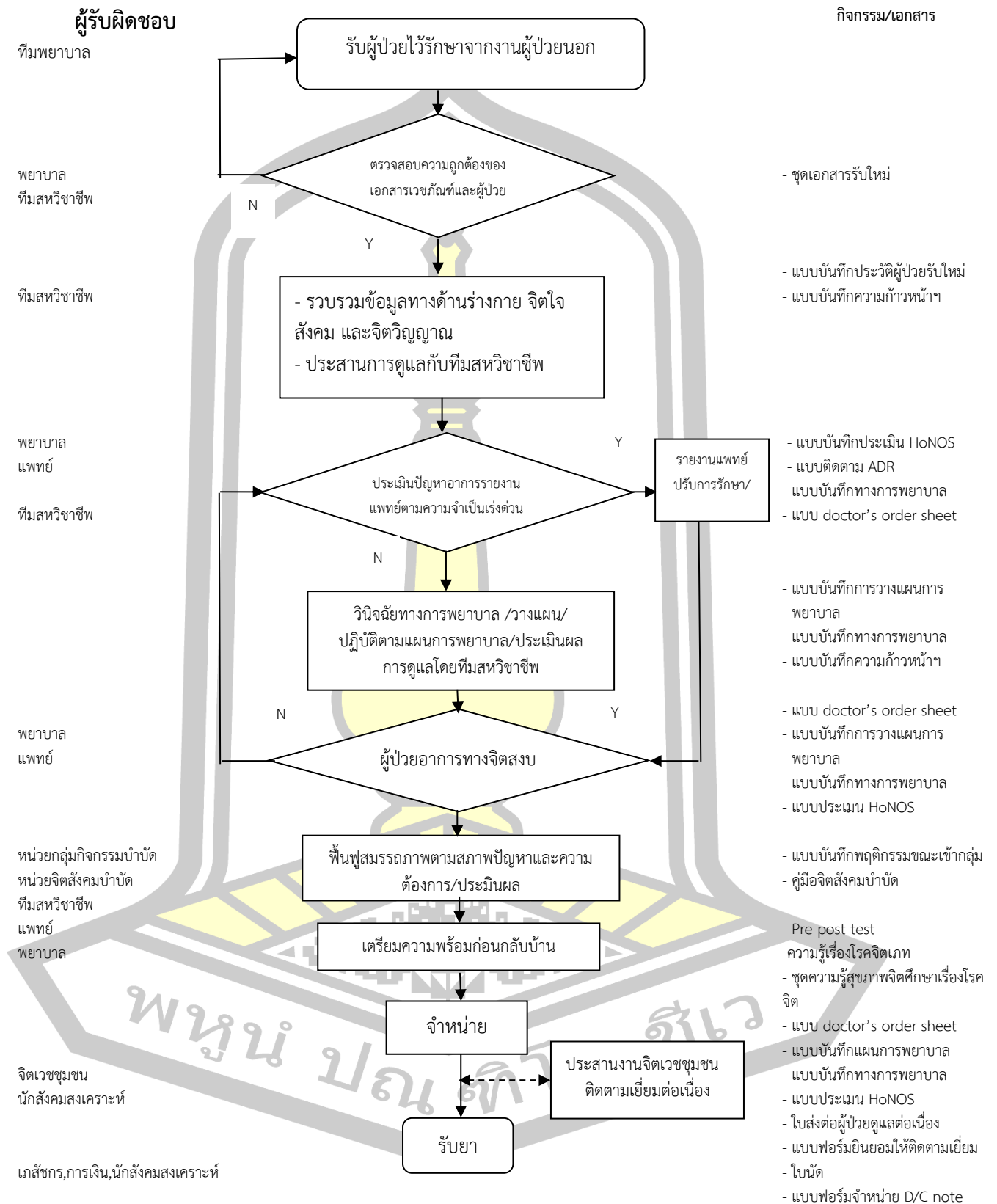
- ใบตรวจรักษา

- แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษา
- แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา
- แบบประเมินสุขภาพความเสี่ยงและสมรรถนะ
- คู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษา
- OPD/IPD online

- OPD/IPD online



ภาพประกอบที่ 10 แผนผังแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท งานบริการผู้ป่วยนอก



ภาพประกอบที่ 11 แผนผังแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท งานบริการผู้ป่วยใน

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้การดูแลต่อเนื่องและลงในแบบบันทึก แบนผลคะแนนการประเมินต่าง ๆ ในแฟ้มประวัติเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการติดตามผลการรักษา

ตัวอย่าง แนวทางปฏิบัติฯ งานบริการงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ดังนี้ (ภาพประกอบที่ 12)

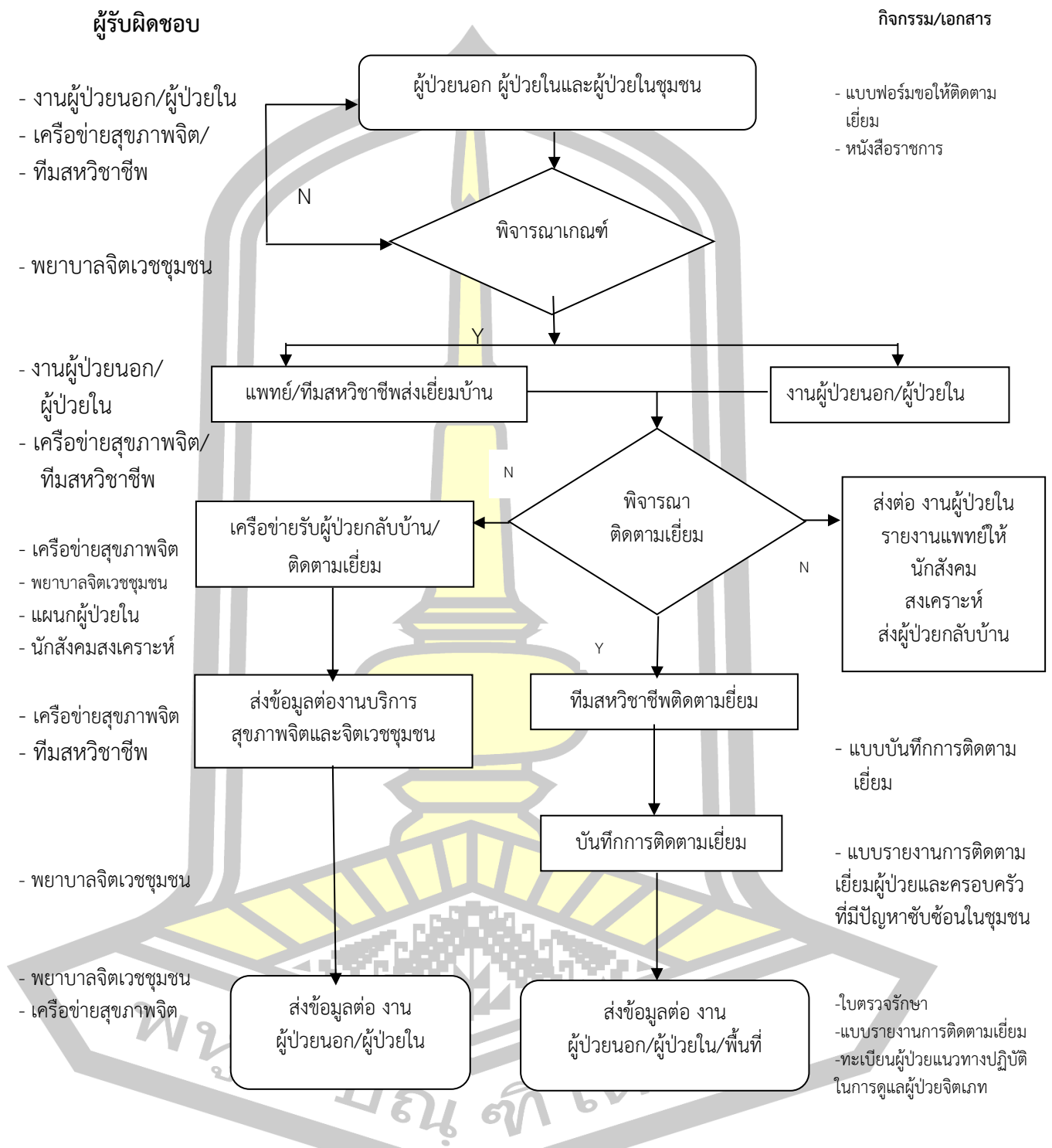
1. การรับเรื่องขอให้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลจิตเวชชุมชน พยาบาล OPD พยาบาล IPD ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพจิต โดยรับจากแบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหรือหน่วยงานภายนอกกรณีพื้นที่ร้องขอและมีหนังสือรายการส่งมาด้วย

2. การพิจารณาติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจิตเวชชุมชน พิจารณาความซับซ้อนปัญหาผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน พร้อมทั้งศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพจิต กรณีพื้นที่ร้องขอโดยประสานทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำ ให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเครือข่ายสุขภาพจิตในการติดตามเยี่ยม พิจารณาให้เครือข่ายสุขภาพจิตติดตามเองและกรณีผู้ป่วยยังไม่ได้กลับบ้านประสานเครือข่ายรับผู้ป่วยกลับบ้าน กรณีผู้ป่วยไม่มีปัญหาซับซ้อนและไม่สามารถกลับบ้านได้เองจากความเสื่อมของการเจ็บป่วยทางจิตอีกทั้งญาติเครือข่ายสุขภาพจิตและแกนนำชุมชนไม่สามารถรับกลับบ้านได้ ส่งต่อ IPD รายงานแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้นักสังคมสงเคราะห์ส่งกลับบ้าน

3. การติดตามเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพ พยาบาลจิตเวชชุมชน ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพจิต ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและครอบครัว โดยปฏิบัติ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 15 วัน ถึง 1 3 6 เดือน ทั้งนี้ต้องออกติดตามเยี่ยมภายใน 30 วันหลัง ได้รับการร้องขอ ให้ความรู้แก่ญาติเพื่อเฝ้าสังเกตอาการเตือนประเมินอารมณ์และความคิดการฆ่าตัวตายและดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้แกนนำชุมชนให้ติดตามเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง 2) ผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ ผู้ป่วยล้ามขังและผู้ป่วยกลับมา รักษาซ้ำภายใน 90 วัน ติดตามเยี่ยมภายใน 45 วันหลังได้รับการร้องขอ ให้ความรู้ญาติ แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในทักษะที่บกพร่องอย่างต่อเนื่อง สอนให้เครือข่ายสุขภาพจิตเข้าใจแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และรายงานผล เมื่อครบ 5 เดือน 3) ผู้ป่วยที่ถูกครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ ประสานเครือข่ายสุขภาพจิตให้เตรียมแกนนำชุมชน อสม. เพื่อนบ้าน อปท. และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของ สสอ. และ รพสต. พร้อมทั้งครอบครัวผู้ป่วยมาทำประชาคม หลังทำประชาคมเสร็จติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และครอบครัว สอนให้เครือข่ายสุขภาพจิตเข้าใจแบบประเมินเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และรายงานผล เมื่อครบ 6 เดือน

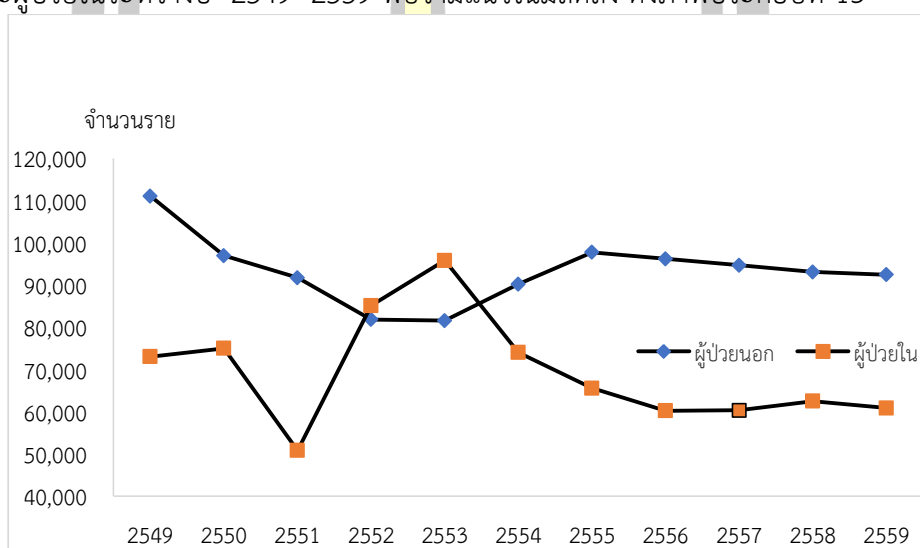
4. การบันทึกผล พยาบาลจิตเวชชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ที่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จัดทำรายงานการเยี่ยมและจัดเก็บใน CD

5. การส่งต่อข้อมูล เครือข่ายสุขภาพจิต ทีมสหวิชาชีพ ส่งรายงานการเยี่ยมให้ งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเพื่อส่งต่อข้อมูลให้ OPD และ IPD บันทึกผลและส่งต่อหน่วยงานที่ดูแลต่อเนื่องแก่เครือข่ายตาม E-mail หรือเอกสาร ที่ให้ไว้



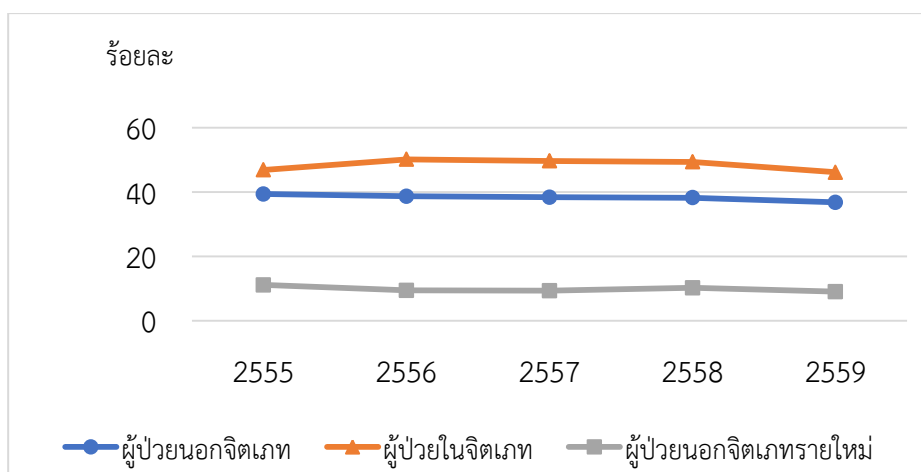
ภาพประกอบที่ 12 แผนผังแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

5. ผู้รับบริการ ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยพบว่าผู้มารับบริการอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด คือ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้ป่วยนอก และรับผู้ป่วยไว้รักษาร้อยละ 3 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด ผู้ป่วยที่มารับบริการมีภูมิลำเนาในจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด ร้อยละ 50.2 รองลงมาเป็นจังหวัด มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยในนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบร้อยละ 30 อัตราการรับผู้ป่วยนอกไว้รักษา 34 รายต่อผู้ป่วยใน 1 ราย ผู้ป่วยนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ 27 รายจะรับไว้รักษา 1 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการมารับบริการในปี 2559 พบว่าให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 379 ราย ลดลงจากปี 2558 ร้อยละ 0.7 ให้บริการผู้ป่วยในเฉลี่ยวันละ 167 รายต่อวัน ผู้ป่วยในลดลง ร้อยละ 2.6 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการมารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี 2549- 2559 พบว่ามีแนวโน้มลดลง ดังภาพประกอบที่ 13



ภาพประกอบที่ 13 จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างปี พ.ศ. 2549-2559

5.1 ผู้ป่วยโรคจิตเภท สถิติการมารับบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากรายงานประจำปีระหว่างปี 2555-2559 พบว่าผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทรายใหม่ และผู้ป่วยในโรคจิตเภท มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย โดยพบว่าผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่มารับบริการซึ่งแพทย์ได้วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท นั้นพบมากเป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยใหม่ พบร้อยละ 9.01 รองลงมาจากโรคที่ผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทซึ่งเกิดจากแอลกอฮอล์และโรควิตกกังวล ที่พบร้อยละ 12.9 และ 11.2 ตามลำดับ ระหว่างปี 2555-2559 มีร้อยละผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทของผู้ป่วยนอกทั้งหมด ร้อยละ 39.40 38.70 38.40 38.24 36.80 ตามลำดับ จำแนกเป็นผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทรายใหม่ ร้อยละ 11.10 9.40 9.30 10.23 9.01 ตามลำดับและสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มี ร้อยละ 46.90 50.20 49.70 49.37 46.15 ตามลำดับ ดังภาพประกอบที่ 14

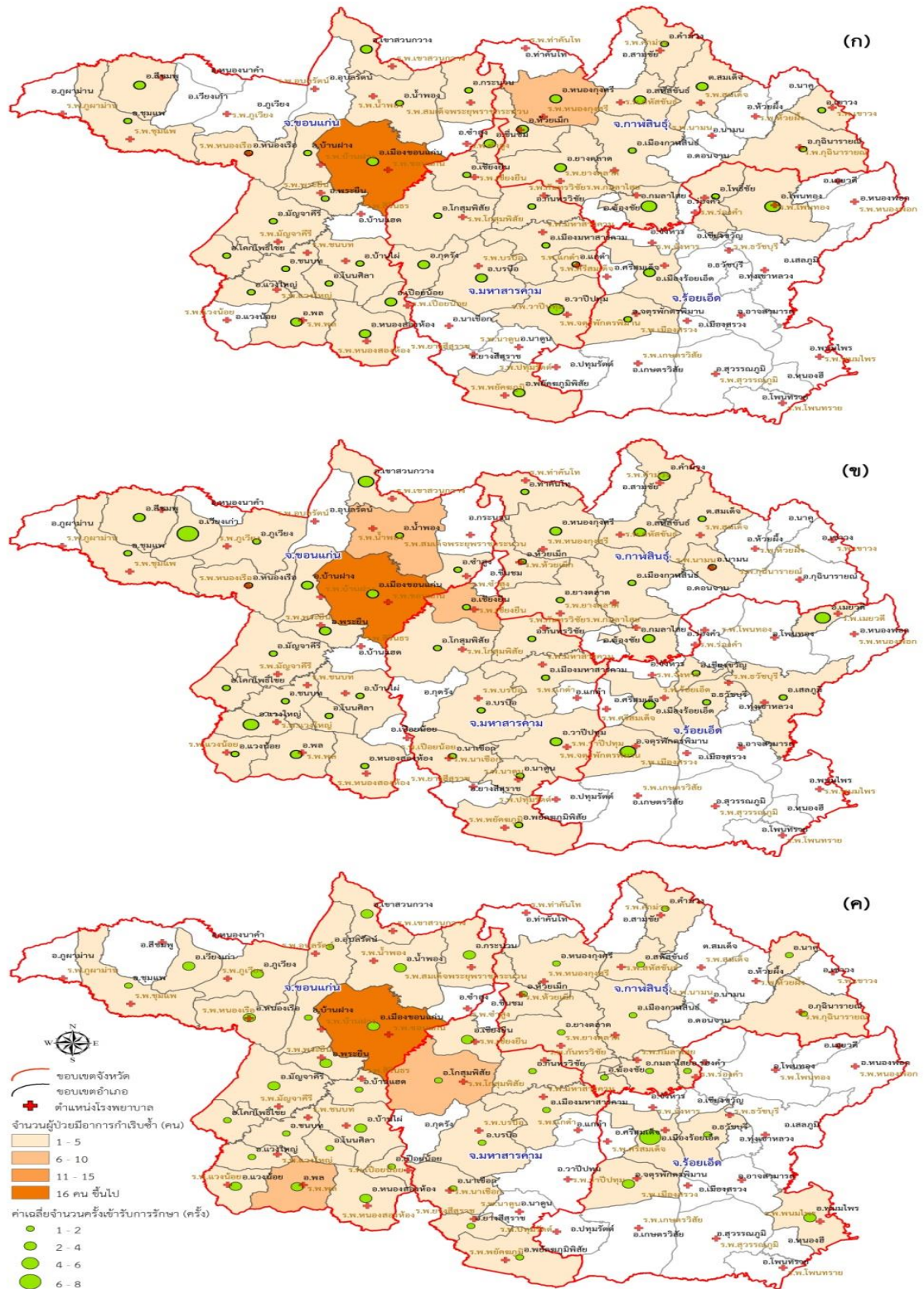


ภาพประกอบที่ 14 ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกเป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกกรายใหม่
ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2555-2559

5.2 การกำเริบและกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท จากข้อมูลเวชระเบียน ผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ระหว่าง ปี พ.ศ. 2556-2558 เมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลการกำเริบและกลับมารักษา ซ้ำของผู้ป่วยในโรคจิตเภทโดยไม่นำโรคร่วมมาพิจารณา ในด้านจำนวนและการกระจายของการกลับมารักษาซ้ำจำแนกรายอำเภอที่พบโรคจิตเภทเข้ารับการรักษากำเริบซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยมีการกำเริบซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยใน โรคจิตเภทที่มีการกำเริบซ้ำจำนวน 109 คน จาก 42 อำเภอ ได้เข้ารับการรักษากำเริบซ้ำจำนวน 261 ครั้ง ปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีการกำเริบซ้ำจำนวน 128 คน จาก 45 อำเภอ ได้เข้ารับการรักษากำเริบซ้ำจำนวน 319 ครั้ง และปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการกำเริบซ้ำจำนวน 116 คน จาก 45 อำเภอ เข้ารับการรักษากำเริบซ้ำจำนวน 266 ครั้ง ดังตารางที่ 5 และแสดงภาพการกระจายจำนวนผู้ป่วยที่กำเริบและกลับมารักษาซ้ำรายอำเภอ ได้ตั้งภาพประกอบที่ 15

ตารางที่ 5 ข้อมูลผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำ ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558

ระยะเวลา	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
จำนวนอำเภอที่พบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ (อำเภอ)	42	45	45
จำนวนครั้งที่มีการเข้ามารักษาซ้ำ (ครั้ง)	261	319	266
จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ (คน)	109	128	116



ภาพประกอบที่ 15 จำนวนผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำ จำแนกตามภูมิลำเนาอำเภอใน ปี พ.ศ. 2556 (ก) ปี พ.ศ. 2557 (ข) ปี พ.ศ. 2558 (ค)

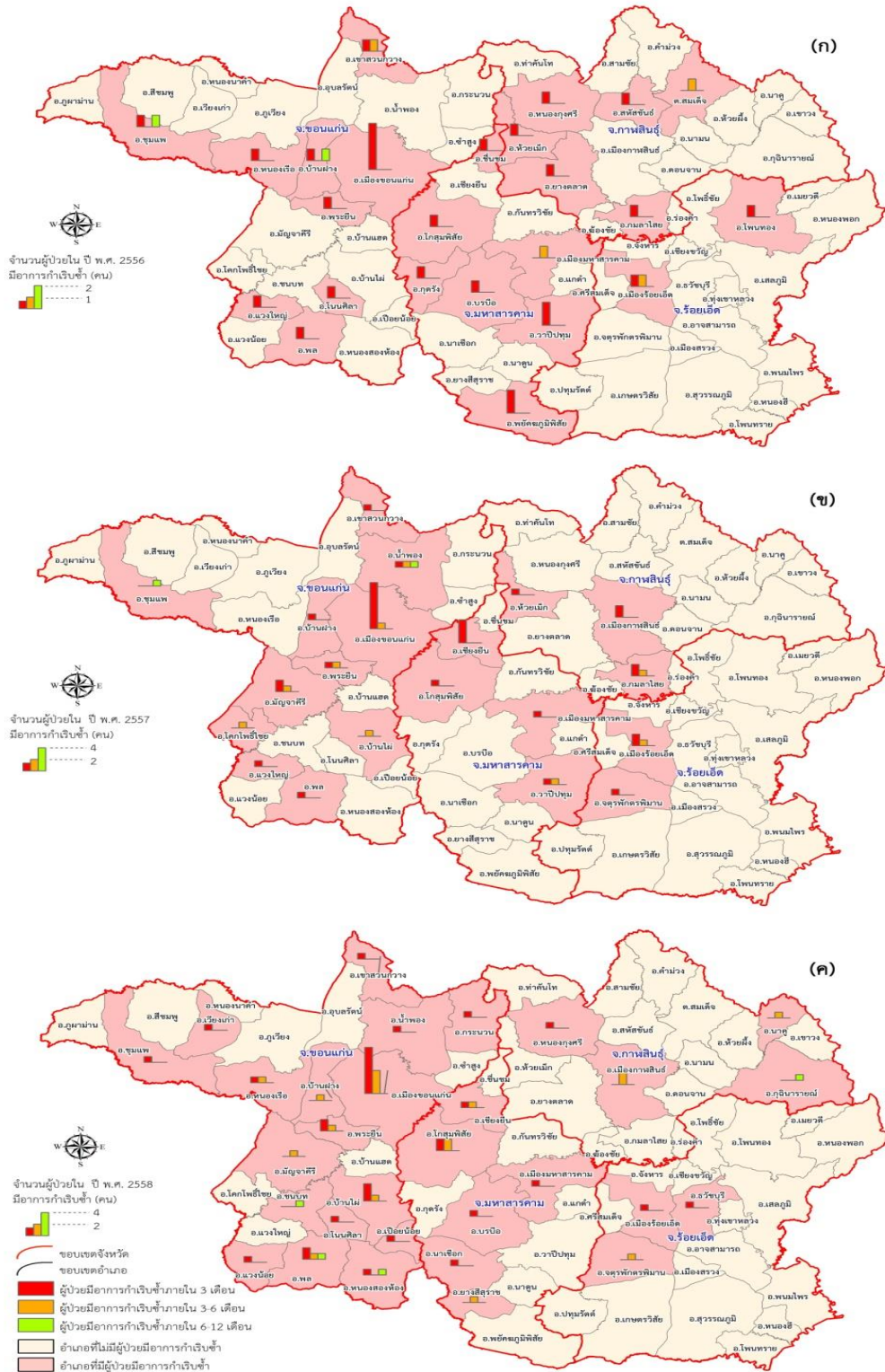
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำด้วยรหัสโรคเดิม(readmitted) จำแนกตามระยะเวลาการกำเริบเป็นช่วง ภายใน 3 เดือน (90 วัน) 3-6 เดือน และ 6-12 เดือน ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่าจำนวนผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีการกำเริบและกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยรหัสโรคเดิม (readmitted) จำนวน 33 43 32 คนตามลำดับ เมื่อจำแนกตามระยะเวลาการกำเริบซ้ำเป็นช่วง พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภท มากกว่าร้อยละ 70 มีการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือน อัตราการกำเริบในระยะเวลา 3-6 เดือนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำจำแนกตามระยะเวลาการกำเริบซ้ำเป็นช่วง ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558

ระยะเวลา	ปี 2556 จำนวน(ร้อยละ)	ปี 2557 จำนวน(ร้อยละ)	ปี 2558 จำนวน(ร้อยละ)
3 เดือน หรือ 90 วัน	27(81.8)	32(74.4)	23(71.9)
3-6 เดือน	4(12.1)	9(20.9)	13(40.6)
6-12 เดือน	2(6.1)	2(4.7)	4(12.5)
รวม	33	43	32

เมื่อนำมาวิเคราะห์การกระจายจำนวนผู้ป่วยที่มีการกำเริบซ้ำจำแนกตามภูมิภาครายอำเภอ พบว่า ปี 2556 -2528 พบผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำใน 24 21 30 อำเภอ ตามลำดับ โดยการกระจาย ในเขตพื้นที่อำเภอที่มีประชากรมาก ได้แก่ อำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอบ้านฝาง อำเภอเชียงยืน เป็นต้น ดังภาพประกอบที่ 16 (พิมพ์อักษร แสงบัณฑิต และคณะ, 2558)





ภาพประกอบที่ 16 จำนวนผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีการกำเริบซ้ำจำแนกตามภูมิลำเนารอยอำเภอ ในปี พ.ศ. 2556 (ก) ปี พ.ศ. 2557 (ข) ปี พ.ศ. 2558 (ค)

6. ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งมากด้วยประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในระบบบริการที่ครอบคลุมด้านการตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา การพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ แก้ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชรวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเภท และเป็นผู้มีส่วนร่วมในการให้บริการตามแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลหลักได้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ว่าในกระบวนการดำเนินงานมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการในลักษณะเป็นจุดแข็ง จุดอ่อน และเป็นโอกาสในการพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วยประเด็นหลัก ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ กระบวนการดูแล ด้านงบประมาณ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีและการสื่อสาร ดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ด้านนโยบาย โรงพยาบาลมีนโยบายการดำเนินงานที่ให้ความสำคัญกับการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ดำเนินงานตามนโยบายที่ชัดเจนภายใต้กฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต จากระดับกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต และถ่ายทอดเป็นตัวชี้วัดลงถึงระดับหน่วยงานและผู้ปฏิบัติ สู่การกำหนดพันธกิจ นโยบายสำคัญในการให้บริการ โดยเฉพาะวัตถุประสงค์ “ให้บริการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาทางจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อพัฒนาวิชาการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช” ที่ขับเคลื่อนให้เกิดแนวทางการปฏิบัติงานต่าง ๆ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเอื้อให้เกิดการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบาย และการทำงานที่การประสานกันด้วยดีทั้งภายในหน่วยงานและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช CHN2 : “..โรงพยาบาลหน่วยงานมีนโยบายเข้มมุ่งการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชครั้งแรกและป้องกัน... ถามว่าโรงพยาบาลเน้นไหม เน้นยังไง...ยังมาเน้นด้วยผู้อำนวยการท่านเน้นเลยแหละ...จะท่าเกี่ยวกับเรื่องจิตเภท CPG จิตเภท อะไร...จิตเภท เพราะว่าใช้ทั้ง staging ทั้งอะไร แล้วก็เข้มมุ่ง เพราะว่ามันเป็นโรคที่ชัดเจน..เนาะ.. และก็เป็นที่สถิติเยอะที่สุดในโรงพยาบาลเรา... อ่าในโรคนี้...เพราะฉะนั้นการปฏิบัติดูแลจิตเภทครั้งแรก...เขาน่าจะมารื้อฟื้นตัว CPG แล้วทำ intervention ที่มันชัดเจน”

พยาบาลจิตเวช SRI2: “นโยบายของโรงพยาบาล ...ก็ถือว่าเหมาะสมนะคะ ระบบงานต่าง ๆ ก็ถือว่าครอบคลุมนะคะ เป้าหมายและแนวทางปฏิบัติก็เหมือนกัน....มันเลยปฏิบัติง่าย เราก็สามารถทำได้เลย มันมีแนวทางในการดูแลคนไข้อยู่แล้วนะค่ะ..”

จิตแพทย์ B: “..ถ้าเทียบกับเมื่อก่อนเนี่ย...ดีขึ้นเยอะนะ..คงเป็นเพราะว่า..เมื่อก่อนการทำงานคล้ายๆ กับเราไปขอความร่วมมือกันทาง สป. แต่ตอนนี้พอเป็นนโยบายประมาณว่ากระทรวง ประเทศ ให้เป็นนโยบาย มีตัวชี้วัดที่ไม่อยู่ในตัวชี้วัดของกระทรวง ในเรื่องของสุขภาพจิตเนี่ย ก็ทำให้เขาต้อง concern กับงานสุขภาพจิตมากขึ้น อันนี้ถือว่าเป็นโอกาสแรกๆ เลยอะค่ะ เมื่อก่อนเราก็ไปขอเรื่อง..ขอความร่วมมือให้ดูแลแต่พอเป็นตัวชี้วัดของเขา (หน่วยงานอื่น ๆ) เองที่สั่งมาจากข้างบนลงมาในระดับนโยบาย มันทำให้งานสุขภาพจิตไปได้เร็วขึ้นแทนที่เราจะต้องเข้าไปขอความร่วมมือ เขาก็พยายามมองออกมาว่า เราจะไปช่วยอะไรเขาได้ ก็ง่ายขึ้น.....”

ประเด็นหลักที่ 2 ด้านผู้ให้บริการ บุคลากร เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของหน่วยงาน เพื่อการขับเคลื่อนระบบกลไกการให้บริการต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลด้านลักษณะ ประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานมีบุคลากรที่อายุ ระหว่าง 34 ถึง 57 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยแห่งการทำงาน มีความรู้ความสามารถเฉพาะสาขา ส่วนมากมี ประสบการณ์มากกว่าสามปี กว่าร้อยละ 80 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งมากกว่า 10 ปี บุคลากรมากกว่าร้อยละ 70 มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และจะได้รับการพัฒนาความรู้ เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาทางจิตเวชศาสตร์ เช่น สาขาจิตเวชศาสตร์ทั่วไป สำหรับ แพทย์ หลักสูตรการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับพยาบาล โรงพยาบาล สนับสนุนให้บุคลากรศึกษาต่อเพื่อพัฒนาสมรรถนะและองค์ความรู้ในวิชาชีพ เช่น การอบรมเฉพาะ ทาง การเรียนในระดับปริญญาโท พบว่า แต่พบว่ามีความต้องการให้บุคลากรใหม่ได้รับการพัฒนา องค์ความรู้และทักษะเฉพาะสาขา รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง สำหรับบุคลากรทุกฝ่าย นอกจากนี้ บุคลากรจากหลายส่วนรับรู้ว่ามีภาระงานมากและจำนวน บุคลากรยังไม่เพียงพอ ดังนี้

1) บุคลากรมีความรู้ความสามารถเฉพาะสาขา ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช CHO1: “คน.....ก็ขึ้นอยู่กับหนึ่งการพัฒนาคนนะ เพื่อที่จะให้ intervention สำหรับผู้ป่วยให้เข้มแข็งมากขึ้น ตรงนี้ก็อยากได้รับการสนับสนุนอยู่ครับ...สำหรับที่จะ มาใช้ในคนไข้ได้ ตอนนี้เครือข่ายเขาก็น่าจะเข้มแข็งมากขึ้น เพราะส่วนใหญ่เขาจะจบ PG ทั้งหมด ส่วนใหญ่ก็จะเป็น ป.โท และคนที่จะไปอยู่ชุมชนก็ต้องจบ ป.โท เราก็ต้องพัฒนาตัวเองที่สำคัญก็ต้อง พัฒนาบุคลากร”

2) บุคลากรไม่เพียงพอ ทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องยังมีบุคลากรไม่เพียงพอต่อการ ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นัก กิจการบำบัด พยาบาลจิตเวชชุมชน นักโภชนาการ ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ C: “คือเรื่องบุคลากร...ถ้ามีจิตแพทย์ ประมาณ 2-3 คน จะพอรับได้ ถ้ามีคนเดียวไม่ไหว ถ้า 2-3 คนจะทำได้ดี นี่เป็นทางลัด ทางลัดสำหรับความสำเร็จเลย เพราะว่ามัน ไม่มีคนบำบัด พอถึงจริง ๆ โรคนี้ ก็ต้องทำ ไม่มีคนบำบัดมันก็ไม่แล้วเสร็จกระบวนการ ถึงจะคัดกรอง ได้ ค้นหาเจอ แต่ยังไม่ถูก มันก็ทำให้คนไข้ ไม่ได้รับประโยชน์สูงสุด”

นักกิจกรรมบำบัด1: “..บุคลากรน้อยลง แต่ก่อน มีเป็นสิบกว่าคน ยิ่งแบบพวก แม่ๆที่เป็นลูกจ้าง ประจำทั้งหลายเนี่ยคะ ก็เกษียณไปสามสี่คนอะคะ..ก็ไม่ได้มาใหม่”

พยาบาลจิตเวช CHN2: “...ถ้าเราเน้นอาจจะต้องจะเพิ่มบุคลากร บุคลากรที่ไม่มี อัตราจ้าง..มีแต่มีตำแหน่ง..ปมียัง..มันกะขาดขวัญและกำลังใจนะ...ก็เป็นลูกจ้าง...เขาไปได้มานั่ง สะออน...ดูแลให้เขา...เพราะว่าเขาได้งานเขาจะไป..คนที่เราพัฒนาไว้แล้ว..แต่ก็ไม่มีตำแหน่งให้เขา...พอตรงไหนที่จ้างเขา ตรงไหนที่ดีกว่าตรงนี้...เขาก็ไป....มันก็เลยหลายอย่างนะ...ขาดขวัญและ กำลังใจ”

3) บุคลากรมีภาระงานมาก ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช CHO2: “ด้วยภาระงานทำให้ระบบการดูแลที่จะไปถึงผู้ป่วย จริง ๆ ตาม CPG ไม่ครบ”

จิตแพทย์ B: “เรามี guideline ในการดูแล first episode schizophrenia ซึ่งก็จะมีสหวิชาชีพเข้ามาร่วมในการดูแล ถามว่า work มั้ย ก็ส่วนนึงค่ะ เนื่องด้วยว่า ภาระงานทำให้เราไม่ได้ pay attention กับคนไข้ first episode schiz เต็มที่เท่าที่ควร การดูแลก็จะไม่ได้แตกต่างกัน case schizophrenia อื่น ๆ ที่อยู่ในตึกเป็นพิเศษเท่าไร..คือไม่เข้ม มี CPG ก็จริง แต่ว่าในการทำงาน ก็ไม่เข้มเท่าไร คือถ้าทำได้ตามนั้นจริง ๆ มันก็โอเค ก็น่าจะดี..... อีกอย่างก็คือถ้าเราทำได้ในช่วงนี้แต่เมื่อออกไปข้างนอกล่ะ ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างนี้ต่อเนื่องไปก็สิ่งที่เราคาดหวังไว้ก็คงไม่ได้ตามนั้น ปฏิบัติได้ช่วงนี้ แต่ข้างนอกในพื้นที่ในชุมชน เขามีงานหลายอย่าง อสม. หรือว่า รพช. อย่างนี้ การ pay attention กับคนไข้ของเรา เช่นการไปเยี่ยมบ้าน ไปติดตามก็คงจะไม่ได้ครบถ้วน ประสิทธิภาพก็อาจจะหย่อน ก็จะมา เรื่องกำลังคน availability ขององค์ประกอบทั้งหลายที่จะช่วย”

4) บุคลากรต้องการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช SRI2: “ถ้าพยาบาลมีศักยภาพ ก็จะไม่ยากมากค่ะเขารับผิดชอบในหน้าที่ของตัวเอง การบริหารจัดการ การทำงานเป็นทีมมันก็จะราบรื่นค่ะ ตอนนี้อยู่ที่ประสบการณ์ทุกคนเกิน 3 ปีหมดแล้ว จะมีน้องเอ แต่น้องเอก็จะครบแล้วค่ะ จบ PG แล้ว...ก็มีน้องหญิง น้องเอ็มที่มาจากใหม่ที่จะส่งอบรมต่อไป..”

จิตแพทย์ B: “อาจจะเป็นเพราะว่าแพทย์ ถูกสอนในเรื่องของวิชาจิตเวชน้อยด้วย มั้ง อยู่ในโรงเรียนแพทย์เนี่ยจบ พ.บ. มาความรู้ด้านจิตเวชอาจจะไม่ได้ทำให้เขามั่นใจที่จะให้การดูแลคนไข้กลุ่มนี้ได้ เราก็พยายามอยู่ค่ะกรมก็พยายามถ่ายทอดองค์ความรู้ให้เขาได้ดูแลคนไข้ในพื้นที่ได้ระดับหนึ่งแต่ก็เนื่องจากว่า บางทีน้อง ๆ เขาอยู่ไปสักพักหนึ่งเขาก็ turn ย้ายไป ไปเรียน ไปทำอย่างอื่นมันทำให้เขาไม่ได้ pay attention กับคนไข้จิตเวชสักเท่าไร ก็เลยกลายตกไปเป็นหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช”

นักกิจกรรมบำบัด 1: “ณ ตอนนี้อยู่กับบุคลากรท่านอื่นก็ โอเคเนคะ แต่ว่าถ้าเกิดว่าอยากทำให้ดีกว่านี้ใหม่ อยากพัฒนาให้ดีกว่านี้ กับ พี่หัวหน้า..บุคลากรที่อาวุโสจะเกษียณ.กับอีกอย่าง หากที่...พี่ ลาวอย่างเนี่ย ...ถ้าเกิดว่าไม่เป็นกันเลยมันก็... เป็นปัญหา อ่า... จึงจะต้องเตรียมให้ น้อง ๆ...และก็ต้อง train งานให้เป็นเลย...ค่ะ”

ประเด็นหลักที่ 3 ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้รับบริการพบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการมีปริมาณไม่มากและหากสามารถสืบค้นผู้ได้ตั้งแต่แรกเริ่ม (early detection) พามาบริการรักษา จะใช้เวลาในการรักษาไม่นานและสามารถรักษาให้หายได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกส่วนหนึ่งยังมีการกลับเป็นซ้ำ ด้วยสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงหลายประการ สำหรับการให้บริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวนั้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการทั้งในส่วนงานบริการผู้ป่วยนอกและงานบริการผู้ป่วยใน ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ B: “ครั้งแรกที่มาถึงเราเป็น diag first episode schize เลย จะไม่เยอะหรือคะ ก็จะถูกวินิจฉัยไปตั้งแต่อยู่ รพ.ช. รพ.ท. ไปบางส่วนและ treat ได้ นอกจากที่ treat ไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อน..ซบซ้อนขึ้นถึงจะส่งมาที่เรา ถามว่ามี relapse เยอะมั๊ย ก็ตามปัจจัยที่มีนะ ค่ะ คงต้องดูตัวเลขอีกทีนึง แต่ว่าปัจจัยที่ทำให้กำเริบก็ตามที่เรียนให้ทราบไปนะคะ”

จิตแพทย์ B: “ทำอย่างไรให้ได้ early detect นะคะ..ในคนไข้ schiz เนี่ย ถ้าเจอเร็ว treat เร็ว first episode บางทีมันหายเลย และก็ไม่ต้องรักษายาว ต่อเนื่อง เร็วจริง”

บิดาผู้ป่วย 1: “พยาบาลพูดดีมาก อธิบายดีมากเลย ให้เราโทรหาถามอาการลูก บอกเลยว่า “คุณพ่อโทรได้ตลอดค่าค่าคือ คุณได้ตลอด ถามได้ตลอด” ถือว่าอธิบายดีมากเลยครับ โรงพยาบาลนี้ พยาบาลต้อนรับอย่างนี้นะครับ ดีมากเลย ให้กำลังใจเรา ให้เรามี..มีกำลังใจขึ้นเยอะครับ”

มารดาผู้ป่วย 3: “ช่วยรักษาไปจั่งสี่ละ....คุณหมอ หายาดีให้กิน...ให้หยั่ง อยู่ไปตามปกติได้...กะพอแล้วละ อาการดีขึ้น กะพอใจอยู่ กะพอใจจนว่าบไปหม่องอื่น คือไปหม่องอื่นมันกะ กินยาแล้วกะปดี่ขึ้น”

ผู้ป่วย 7: “แบบนี้ล่ะครับดีแล้วครับ แนะนำให้ หมอนี้...เพ็นดีเคะ เพ็นแนะนำทุกอย่างว่าบให้กลับไปกิน (ยาบ้า) กะช่วยแบบนี้ละ..ช่วยไปเรื่อย ๆ แบบนี้ละ ช่วยเบิ่งช่วยแรง ช่วยดูแลแบบนี้ละ ประทับใจ”

ประเด็นหลักที่ 4 ด้านกระบวนการดูแล โรงพยาบาลมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่เป็นระบบ มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ให้บริการตามขั้นตอนโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมแผนก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จิตเวชชุมชน มีการบริการเป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีการส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับ มีการกำกับติดตามระบบการทำงาน อย่างไรก็ตามพบว่าการเชื่อมต่อบริการยังไม่มีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอตามที่ผู้ปฏิบัติคาดหวัง ผลลัพธ์ของการให้บริการพบว่า ยังมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงมีต้องการพัฒนาการบริการด้วยรูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช CHN1: “เพราะเราดูแลเป็นสหวิชาชีพ มี CPG จิตเภท มีคู่มือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการวางแผนกันว่าจะทำอย่างไร คือ เราจะ...ตามเสต็ปของการรักษาผู้ป่วยในว่า คนไข้รักษา ตามกระบวนการของ IPD แล้ว แต่เราร่วมกันประเมินคนไข้ ถ้ามีปัญหาลักษณะเป็นนี้ละ ควรจะได้รับ Intervention แบบนี้เพิ่มเติม นะคะ เช่น ถ้าคนไข้กลับไปขาดยาบ่อย ๆ กลับมาแล้วเราก็ต้องเสริมแรงจูงใจการกินยาตัวชีวิตในกลุ่มของคนไข้จิตเภท ที่ทางจิตเวชชุมชนดู คือเรื่อง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการส่งต่อไปพื้นที่เครือข่ายไม่กลับมารักษาซ้ำในเก้าสิบวัน นี่ก็คือ จิตเภทรายใหม่เลย ก็คือ เราจะดูว่า เขากลับไปอยู่ในชุมชนแล้ว เขาไม่กลับมารักษาซ้ำ readmit ภายในสามเดือนแล้วก็ตั้งไว้ที่ว่าไม่น้อยกว่าร้อยละเก้าสิบห้าแต่เราก็ได้ตามเป้าอยู่”

พยาบาลจิตเวช OPD1 : “จริง ๆ แล้ว รพ. เรายี่แหละ...คนไข้รายใหม่ต้องได้รับสุขภาพจิตศึกษา 100% แล้วน้องพยาบาลเขาก็ต้องดู diag ของคนไข้ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษาอยู่แล้วเค้าก็จะมี packaging ต่าง ๆ ที่จะหยิบ package ขึ้นมา...พอเป็นจิตเภท รายใหม่เค้าก็หยิบ package รายใหม่ ขึ้นมาพอติดตามต่อเนื่องเขาก็จะขึ้นในระบบ online ว่าเป็น คนไข้ CPG จิตเภท รายใหม่”

จิตแพทย์ B: “เรามี guideline ในการดูแล first episode schizophrenia ซึ่งก็จะ มีสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ถามว่า work มั้ย ก็ส่วนนึงคะ เนื่องด้วยว่า ภาระงานทำให้เราไม่ได้ pay attention กับคนไข้ first episode schiz เต็มที่เท่าที่ควร การดูแลก็จะไม่ได้แตกต่างกัน case schizophrenia อื่น ๆ ที่อยู่ในตึกเป็นพิเศษเท่าไร..คือไม่เข้ม มี CPG ก็จริง แต่ว่าในการ

ทำงาน ก็ไม่เข้มเท่าไร คือถ้าทำได้ตามนั้นจริง ๆ มันก็โอเค ก็น่าจะดี. อีกอย่างก็คือถ้าเราทำได้ในข้างในแต่เมื่อออกไปข้างนอกละ ถ้าไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องไปก็สิ่งที่เราคาดหวังไว้ก็คงไม่ได้ตามนั้น ปฏิบัติได้ข้างใน แต่ข้างนอกในพื้นที่ในชุมชน เขามีงานหลายอย่าง อสม. หรือว่า รพช. อย่างนี้ การ pay attention กับคนไข้ของเรา เช่นการไปเยี่ยมบ้าน ไปติดตามก็คงจะไม่ได้ครบถ้วน ประสิทธิภาพก็อาจจะหย่อน ก็จะมีเรื่องกำลังคน availability ขององค์กรประกอบทั้งหลายที่จะช่วย”

นักจิตวิทยา 2: “ใช่ ใช่เรามี guideline นั้นก็เข้มข้นมากนะ guideline มันก็ได้อยู่.....อย่างทางเรา (นักจิตวิทยา) ก็จะเข้าไปคือ..ดูคนไข้ตาม staging... เพียงแต่ว่าการนำไปสู่การปฏิบัติของแต่ละสทเนี่ยมันได้เป็นไปตามนั้นไหม อันนี้ก็อาจจะเป็นจุดอ่อนอยู่ แล้วอย่างที่ว่าไม่ผิดในเรื่องของคนไข้จิตเภท เราจะ set ไว้ว่าตั้งแต่ staging คนไข้ acute คือด้วยความที่เขายากให้ทุกสทเข้าไปมีส่วนร่วมเข้าไปประเมินคนไข้..การประเมินค่ะ เป็นสิ่งที่เราขาดเอาเป็นว่าจุดอ่อนของโรงพยาบาลเราได้ เรารักษาไปตามแนวปฏิบัติตาม routine แต่ว่าเราไม่ค่อยได้มาประเมินผลร่วมกันว่าเป็นยังไง สามารถชี้ให้เห็นถึงจุดที่จะต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อคุณภาพชีวิตของคนไข้จิตเภทรายแรกเราว่ามีจุดไหน ๆ ยังไงบ้างแล้วจุดไหนที่มันบวกลบอยู่แล้วบ้างถ้าสะท้อนกลับมาก็น่าจะเป็นภาพที่ดีที่จะนำไปสู่การพัฒนา ประเมินแต่ละจุด แต่ละๆ ระบบ ประเมินเรื่องของการดูแล intervention อะไรต่าง ๆ ยังขาดเยอะ”

ประเด็นหลักที่ 5 ด้านงบประมาณ ด้านงบประมาณ บุคลากรสะท้อนให้เห็นว่า การให้บริการมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษามาก การสนับสนุนด้านงบประมาณยังไม่เพียงพอ เช่น งบประมาณค่ายา งบสนับสนุนบริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยที่อยู่ชุมชนเพื่อนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา รวมทั้งงบประมาณในการประชาสัมพันธ์ที่ได้ผล ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ C: “คือเรื่องบุคลากร กับต้นทุน พวกเข้าถึงยา ถ้าคัดกรองเสร็จ บางโรงพยาบาลก็จะมียาที่พร้อมจ่ายอะ สำหรับแค่ screen case ว่าแต่ยาแพลงเลย แค่ว่าพวก risperidone ก็ยังไม่ค่อยเลย อันที่ 3 ต้นทุนในการที่จะเดินเข้าไปพื้นที่เอาเพื่อนำคนไข้ออกมาจากพื้นที่ มาสู่ รพ. เพื่อทำการบำบัดรักษาที่ไม่มี คือนั่นก็เลยได้แค่เป็นโครงการนำร่องในบางอำเภอ ซึ่งกรมแค่นำร่อง จังหวัดละ 2 อำเภอ นะ ใช้เงินต่อจังหวัดประมาณ 3-4 แสนต่อจังหวัดต่อปีนะ แค่นำร่องนะ ดังนั้นถ้าคิดว่าทั้งจังหวัดก็ใช้เงินเยอะมากแค่นั้น ก็ต้องใช้คนเยอะแค่นั้นระบบที่กรมคิดจะต้องหยุดลง คือระบบมีความคิดคนพยายามทำ แต่การจะทำให้ครอบคลุมเป็นเรื่องที่ยาก

นักสังคม 2: “ตอนนี้เราตั้งรับ..แต่ก็ไม่รู้ว่าจะเป็นไปได้ไหมเพราะมันก็จะมีข้อจำกัดในเรื่องของปริมาณเจ้าหน้าที่ เวลา งบประมาณอีก เพราะอย่างคนไข้เรื้อรังที่ จังหวัดร้อยเอ็ดเขาก็จะบอกว่าเจ้าหน้าที่ ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ก็มาเยี่ยมนะคะ แต่อยากให้จิตเวชลงมาด้วย”

จิตแพทย์ C: “พอถึงจุดหนึ่งที่คนไข้ไม่ตอบสนองต่อยา..มันก็ไม่มีความเลือกให้หมอมามากเท่าไร คือยาที่จะเอาเข้าบัญชีมากขึ้นก็เป็นกลุ่ม primary พอถึงจุด ๆ นี้ หมอเขาก็ไปไม่เหมือนกัน เพราะว่า คนไข้ไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษา ซึ่งมันเป็นวิธีที่มีความยุ่งยากขึ้นซับซ้อนขึ้นใช้ต้นทุนมากขึ้นในการรักษา.....ถ้าจะให้ impact เลยนะ งบ promotion ต้องเยอะ promotion แบบ สื่อโทรทัศน์ วิทยูเหมือนช่วงนี้ ที่เราณรงค์สื่อ ทำให้คนเริ่มติดหูมากขึ้น เองง่าย ๆ อย่าง สสส. อะ...ทำจนเครียดกินเหล้า มันก็ติดหูคนนะ เรื่องกินเหล้า คนก็ตื่นตัวมากขึ้นดังตัวอย่างนี้ งานสุขภาพจิต ก็ต้องการให้คนเรตื่นตัวมากขึ้น”

ประเด็นหลักที่ 6 ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันบุคคลในสังคมมีทัศนคติทางบวก ต่อภาวะการเจ็บทางจิต มีการรับรู้ มีความเข้าใจ ต่อภาวะการเจ็บทางจิตมากขึ้น ครอบครัวชุมชนมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติในทางบวก การรังเกียจกีดกันแบ่งแยกผู้ป่วยออกจากสังคมน้อยลง ชุมชนเพื่อนบ้านสามารถให้การยอมรับ ให้โอกาสแก่ผู้ป่วย มากขึ้น มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวจึงอยู่ร่วมในชุมชนได้ตามปกติ ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีในการพัฒนาการรับรู้และความเข้าใจโรคทางจิตที่ถูกต้องแก่ชุมชนต่อไป ดังคำกล่าว

นักสังคมสงเคราะห์ 2: “มีอยู่ชุมชนหนึ่ง...มีอยู่แค่หนึ่งที..ที่..รู้สึกว่าจะเข้าใจและยินดีที่จะรับคนไข้กลับเข้าไปอยู่ในชุมชนเหมือนเดิม เท่าที่สังเกตมานะคะ อย่างอาทิตย์ที่แล้วก็ลงไปชุมชนหนึ่งญาติไม่อยากได้คนไข้กลับสู่ครอบครัว แม่จะคะ แล้วก็ยังมีผู้ที่ได้รับผลกระทบ ก็คือผู้หญิงคนหนึ่งที่ถูกสามีเอาผิดฟัน แต่ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และเพื่อนบ้านคนอื่นเขาก็บอกว่าถ้าคนไข้มีอาการดีก็โอเค และพร้อมที่จะดูแลเรื่องการทานยาต่อเนื่อง อันนี้ถือว่าเป็นนิมิตรหมายอันดีที่ชุมชนยินดีที่จะช่วย”

จิตแพทย์ D: “ช่วงหลังๆ ทัศนคติของครอบครัวต่อคนไข้โรคจิตก็ดีขึ้นนะ จากที่มองว่าเป็น stigma ครึบ หลัง ๆ เขาก็ยอมรับได้นี่เป็นอาการป่วยและหวังโยคนไข้มากขึ้นเพราะแต่ก่อนก็จะไปล่าม ไปขัง ตอนนั้นก็ให้อยู่บ้านเดียว..แล้วก็ ช่วยดูแลให้กินยามากขึ้นเพราะว่าก็ไม่ได้ blame คนไข้ว่า เป็นตัวปัญหา ละก็ยอมรับว่าเป็นการป่วยที่ต้องช่วยดูแลรักษา”

พยาบาลจิตเวช CHN2: “...เรื่องของชุมชน...เราจะใช้ชุมชนใช้กลุ่ม อสม. เป็นตัวหลัก ในการดูแลต่อเองหนึ่ง อสม.จะดูแลสืบหลังคาเรือน อสม.จะเป็นตัวช่วยและก็เป็นเพื่อน บ้านด้วย เขาสามารถเดินไปคุยไป contact อะไรอย่างนี้ เขาจะได้รับความร่วมมือดี แล้วเขาก็จะสังเกตได้ง่าย ว่าลูกบ้านนี้...เป็นอะไรอย่างนี้ เขาก็จะรู้จักกันหมดหัวบ้านท้ายบ้าน เพราะฉะนั้น อสม.เขาก็จะสามารถดูแลเรื่องของการกินยาต่อเนื่อง...สังเกตกลายๆ...หรือว่าไปพูดไปคุย.. ยังเป็นคนไข้จิตเภทนะ.. ถ้าเป็นคนไข้คนอื่นเช่น..ซึมเศร้า หรือ suicide อย่างเนี่ย อสม.ยังเป็นตัวสังเกตที่ดีมาก อันนี้คือชัดเจน เลยและก็เป็นตัวช่วยที่ดีที่ใกล้ชิด”

พยาบาลจิตเวช CHN1: “สมัยนี้เขาก็ดีขึ้นนะ เป็นภาคีเครือข่ายช่วยกัน ตำรวจเทศบาลก็เข้ามาช่วย ศูนย์ไร่ที่ฟิ่ง คมจ.จังหวัดเข้ามาช่วยเราเนาะ จิตเวช แล้วก็โรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบของเขา อย่างเคสโรงพยาบาลบ้านไผ่อย่างนี้...นะค่ะ เนาะ เทศบาล ทุกคนเข้ามาช่วยกันหมดเลย”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “เพื่อนบ้านกะดียุคดอก เฟินกะฮู้จักว่ามันเป็นจิ้งลื้ออยู่ เพื่อนบ้านฮู้จักเม็ด บได้รังเกียจดอก ลีโตนอยู่ คั่นได้อาหารจิ้งลี กะว่า มาเอาข้าวกับกับข้าวเอาไปกิน เหลือโตนมันว่า”

บิดาผู้ป่วย 1: “เพื่อนบ้าน..ปกติครับ เขาสงสาร เขาเห็นใจ เขาสงสารเรา เขามาให้กำลังใจเราทุกวัน”

ประเด็นหลักที่ 7 ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีและการสื่อสาร ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ก้าวหน้า โรงพยาบาลมีระบบข้อมูลสารสนเทศภายใน มีเครือข่ายเชื่อมต่อกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง บุคลากรบุคลากรทางสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารฯ เพื่อสนับสนุนในงาน และการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่า การประสานงานเชื่อมต่อกันของระบบยังไม่ครอบคลุมทุกระดับ จึงมีความต้องการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศข้อมูลผู้รับบริการให้เชื่อมต่อได้อย่างครบถ้วน ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ B: “พูดถึงเรื่องของข้อมูลออกสู่ public อันนี้สำคัญ อันหนึ่ง ที่ทำให้เขารู้ อ้อ มันเป็นอย่างนี้นะเนาะ มันควรจะได้อย่างนี้นะเนาะ ซึ่งบางทีมันไม่เคยรู้มาก่อนอะเรื่องแบบนี้โรคจิตต้องสู้เนะ ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ยังงี้ เมื่อก่อนเขาแทบไม่รู้จัก เรื่องของจิตเวชเลย การรณรงค์การให้มีเคมเปอญ อะไร ในแต่ละงานสำคัญต่าง ๆ ก็จะช่วยได้เยอะให้เขารู้จักเรามากขึ้น”

พยาบาลจิตเวช CHN1: “การประสานนี้เราประสานทั้งทางโทรศัพท์ ทั้งทางไลน์ ทั้งทางอีเมล ข้อมูลสำคัญนี้เราจะส่งเป็นอีเมลให้...ให้เขา นะคะ ส่วนข้อมูลที่เราสื่อสารกันก็คือทางโทรศัพท์ดูว่าเป็นยังไงนะคะ”

พยาบาลจิตเวช CHN1: “นี่...โปรแกรมตัวนี้ ที่เขาพัฒนาสำเร็จแล้ว เวลาคุยเข้าหาทุกคนสามารถมองเห็นจอหมดเลย อย่าง...โรงพยาบาลเราเป็นแม่ข่าย จะมองเห็นโรงพยาบาล มองเห็นโรงพยาบาลน้อง ๆ ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์หรือสาคาม ว่าขึ้นแล้ว ถ้าจังหวัดที่คุยเข้าแล้วหมันจะสามารถประมวลผลผลลัพธ์ให้ได้เลย ฟรี ขึ้นมา ถ้าเขตไหนหรือว่าจังหวัดไหนที่มันยังต่ำอยู่ เราก็จะกระตุ้นเขานะคะ โดยที่คนรับผิดชอบ..ก็จะโทรไปกระตุ้นเขาว่าตอนนี้จังหวัดนี้หรือว่าอำเภอไหนมันยังต่ำตัวเลขกระตุ้นให้ขึ้นหน่อย เพราะว่า มันเกี่ยวกับเงินที่เขาจัดสรรลงไปด้วยนะคะ แล้วก็ PM ใหญ่ของโคราก็จะมองเห็นหน้าจอของทั่วประเทศได้ เขาทำอันนี้ได้ดีอยู่คะ ตอนนี้ทุกที่ที่ทำนะคะ ในร้อยแก่นสารสินธุ์”

พยาบาลจิตเวช CHN2: “ส่วนการดูแลตนเองที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างไร ตรงเนี่ยเรามีระบบส่งต่อชัดเจน คนไข้ที่ถึงเราจะไม่ส่ง 100% แต่คนไข้ส่วนใหญ่เวลามาแอดมิท โรงพยาบาลชุมชนเขาจะเริ่มดูว่าเคสนี้ไม่มารับยากับเขาที่โรงพยาบาลชุมชนคนไข้แอดมิทอยู่นี้เขาก็จะ โทรศัพท์มาถามพี่ว่าเคสที่มาแอดมิทคนไข้ดีขึ้นยังช่วยติดตามญาติเคสนี้ให้หน่อย พอคนไข้ดีขึ้นมันก็จะ เป็นระบบมากขึ้น พอคนไข้จำหน่ายจากเราไปเราจะมียัด follow up ประมาณ 1 เดือนแต่ถ้าเกิดเคส ไหนเขาไม่มาตามนัด เขาก็จะไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ให้เอาซองยา โรงพยาบาลใกล้บ้านถ้าเกิด ว่าไม่มีใบ refer ไปหาโรงพยาบาลชุมชน เขาจะโทรศัพท์มาถามเรื่องยา กับเราว่าเคสเนี่ยจำหน่ายไป ตอนนี้เขามารอรับยากับหมัน มีมียาอะไรบ้างที่คือเขาจะไม่ได้ซื้อถือ จากซองยาอย่างเดียวเขาจะโทรถามประวัติจากเราด้วย เราก็จะส่งต่อเรื่องการรักษาไปที่โรงพยาบาลชุมชนแล้วเชื่อมต่อนี้พี่อยากได้ 100% ในการส่งต่อผู้ป่วยมาหาเรา เพราะแค่ตรงนี้ คนไข้พื้นที่ feedback กลับมาเนี่ย น้อยมีประมาณ 10 กว่าเปอร์เซ็นต์ 20 กว่าเปอร์เซ็นต์”

พยาบาลจิตเวช CHO2: “... ถ้าพูดเรื่อง IT นะครับ ก็คือว่ากระทรวงสาธารณสุขนี้ ถ้าของสำนักปลัดนี่..IT มันก็จะเป็นของอีกระบบหนึ่ง แล้วในเรื่องของการ refer ...การ refer กลับ refer ต่อ บางทีด้วยระบบที่มันไม่เหมือนกันเขาใช้ program คนละอย่างกัน พอเราส่งไปมันก็ไม่ match กัน ก็...บางทีมันก็ส่งได้บ้างส่งไม่ได้บ้าง ของ สป. ก็ใช้อย่างหนึ่ง แม้แต่ในโรงพยาบาลจิตเวชเองก็ยังใช้คนละระบบ หรือแม้แต่มหาวิทยาลัยเค้าก็จะมี program ของเขาเองพวกนี้มัน... มันส่งต่อกันไม่ได้ มันเชื่อมกันไม่ค่อยได้ ถ้าจะไปพูดเรื่องปัญหาใน IT”

กิจกรรมบำบัด 1: “แล้วเจ้าหน้าที่เราก็มียุติการจำกัดก็เลยเราก็เลยใช้ระบบ online ในการดึงข้อมูลคะ ก็คือเจ้าหน้าที่ไม่ต้องเข้าไปที่ตึกไปดูประวัติคนไข้อะไรอย่างเนี่ย ค่ะก็ให้เขาส่ง online มาเลยดึงมา ก็คือไม่ต้องเข้าละ ก็พัฒนา..เพราะว่าตอนนี้ระบบ online พัฒนาไปเยอะนะคะ”

สรุป ผลการศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกในปัจจุบันมีปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานที่เป็นจุดแข็ง (strengths) ที่ควรส่งเสริมรักษาคุณภาพ จุดอ่อน (weaknesses) ที่ควรปรับปรุงพัฒนา และปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดโอกาสที่ดี (opportunities) ในการพัฒนางาน ดังนี้

ปัจจัยที่เป็นจุดแข็งที่ควรส่งเสริมรักษาคุณภาพ ประกอบด้วยปัจจัย **ด้านนโยบาย** ได้แก่ นโยบายที่ให้ความสำคัญกับการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2) นโยบายเอื้ออำนวยให้การทำงานประสานกันด้วยดีทั้งภายในและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) นโยบายสนับสนุนให้เกิดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท **ด้านผู้ให้บริการ** ได้แก่ บุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการให้บริการเฉพาะสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ **ด้านผู้รับบริการ** ได้แก่ 1) ผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนไม่มาก 2) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการ **ด้านกระบวนการดูแล** 1) มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) มีการให้บริการตามขั้นตอนโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมแผนก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จิตเวชชุมชน 3) มีการบริการเป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ดังนั้นควรให้บริการตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายการทำงานในทุกระดับ (ตารางที่ 7)

ปัจจัยที่เป็นจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงพัฒนา ประกอบด้วยปัจจัย **ด้านงบประมาณ** ได้แก่ 1) การให้บริการมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษามาก ต้องการการสนับสนุนด้านงบประมาณ งบประมาณค่ายา งบสนับสนุนบริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยที่อยู่ชุมชนเพื่อนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และการประชาสัมพันธ์ที่ได้ผล **ด้านผู้ให้บริการ** 1) บุคลากรใหม่ต้องการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง 2) มีภาระงานมาก 3) จำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอ **ด้านผู้รับบริการ** ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกส่วนหนึ่งมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำด้วยสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ **ด้านกระบวนการดูแล** ได้แก่ 1) การเชื่อมต่อข้อมูลบริการ/ระบบส่งต่อข้อมูล ยังไม่มีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอตามที่ทีมผู้ปฏิบัติคาดหวัง 2) ผลลัพธ์ของการให้บริการพบว่า ยังมีผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นการปรับปรุงประกอบด้วย ด้านสนับสนุนงบประมาณสำหรับยา และการบริการเชิงรุก เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา เพิ่มรูปแบบการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย (ตารางที่ 8)

ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดโอกาสที่ดี (opportunities) ในการพัฒนางาน ประกอบด้วยปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) บุคคลในสังคมมีทัศนคติทางบวกต่อภาวะการเจ็บทางจิต

มีการรับรู้ มีความเข้าใจ ต่อภาวะการเจ็บทางจิตมากขึ้น ครอบครัวชุมชนมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ในทางบวก 2) ชุมชนเพื่อนบ้านสามารถให้การยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ แก่ผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวจึงอยู่ร่วมในชุมชนได้ตามปกติ **ปัจจัยด้านการพัฒนา เทคโนโลยีและการสื่อสาร** ได้แก่ 1) ในปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ก้าวหน้า 2) โรงพยาบาลมีระบบข้อมูลสารสนเทศภายใน มีเครือข่ายเชื่อมต่อกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง 3) บุคลากรสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารฯ เพื่อสนับสนุนงาน และการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น 4) อย่างไรก็ตามพบว่าการ ประสานงานเชื่อมต่อกันของระบบยังไม่ครอบคลุมทุกระดับ ดังนั้นจึง เป็นโอกาสที่ดีในการพัฒนาการรับรู้และความเข้าใจโรคทางจิตที่ถูกต้องแก่ชุมชน และพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศผู้รับบริการให้ เชื่อมต่ออย่างครบถ้วน (ตารางที่ 9)

ข้อเสนอแนะ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกในปัจจุบันมีจุดแข็งที่ควรส่งเสริม รักษาคุณภาพการให้บริการตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง และมีจุดอ่อน ที่ควรได้รับการปรับปรุง ประกอบด้วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพให้มีความรู้ เชี่ยวชาญในสาขาสุขภาพและจิตเวชศาสตร์ แก่บุคลากรใหม่ เพิ่มงบประมาณสำหรับยาและการ บริการเชิงรุกเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา เพิ่มรูปแบบการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหา ของผู้ป่วย เสริมสร้างการรับรู้และความเข้าใจโรคทางจิตที่ถูกต้องแก่ชุมชน และพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศผู้รับบริการให้เชื่อมต่ออย่างครบถ้วน

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก จุดแข็ง (strengths)

ปัจจัย	จุดแข็ง (strengths)
ด้านนโยบาย	1) การให้ความสำคัญกับการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2) เอื้ออำนวยการประสานที่ดีทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน 3) สนับสนุนให้เกิด “แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท”
ด้านผู้ให้บริการ	1) บุคลากรมีความเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพและจิตเวชศาสตร์
ด้านผู้รับบริการ:	1) ผู้รับบริการมีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่มีปริมาณไม่มาก 2) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ
ด้านกระบวนการดูแล	1) มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) ให้บริการให้บริการตามขั้นตอน สหวิชาชีพ ครอบคลุมแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จิตเวชชุมชน 3) ให้บริการเป็นเครือข่ายทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก จุดอ่อน (weaknesses)

ปัจจัย	จุดอ่อน (weaknesses)
ด้านงบประมาณ	1) การให้บริการมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษามาก 2) การสนับสนุนงบประมาณค่ายา งบสนับสนุนบริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยที่อยู่ชุมชนเพื่อนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และการประชาสัมพันธ์
ด้านผู้ให้บริการ	1) การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะเฉพาะสาขาแก่บุคลากรใหม่ 2) การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในงานแก่บุคลากรทุกฝ่ายอย่างต่อเนื่อง 3) ภาระงานมาก 4) จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ
ด้านผู้รับบริการ	ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกส่วนหนึ่งมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำด้วยสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ
ด้านกระบวนการดูแล	1) ประสิทธิภาพ การเชื่อมต่อข้อมูลบริการ/ระบบส่งต่อข้อมูล 2) ผลลัพธ์ของการให้บริการ: ยังมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 9 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โอกาส (opportunities)

ปัจจัย	โอกาส (opportunities)
ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม	1) สังคมชุมชนมีทัศนคติทางบวกต่อภาวะการเจ็บทางจิต/โรคจิตเภท 2) สังคมชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น 3) สังคมชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยมากขึ้น
ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีและการสื่อสาร	1) การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ก้าวหน้า 2) โรงพยาบาลมีระบบข้อมูลสารสนเทศภายใน มีเครือข่ายเชื่อมต่อกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง 3) บุคลากรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารฯ เพื่อสนับสนุนงานและการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงาน

ส่วนที่ 3 ปัญหาและความต้องการในการดูแลเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ผลการศึกษา พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีการรับรู้ปัญหาและความต้องการในการดูแล ๗ ประเภทย่อย หลายประเด็นซึ่ง แบ่งเป็นประเด็นด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแลหลัก และด้านระบบการดูแล ดังต่อไปนี้

ด้านผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 1 ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำ จากข้อมูลการมารับบริการของผู้ป่วยที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบพบว่า ระหว่างปี 2555-2559 ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท และ ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทรายใหม่ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกส่วนหนึ่งกลับมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำด้วยสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การใช้สารเสพติด ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นต้น ดังข้อมูลสถิติการกลับมารักษาซ้ำด้วยรหัสโรคเดิม พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ และกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยรหัสโรคเดิม (readmitted) ภายใน 3 เดือน (90 วัน) 3-6 เดือน และ 6-12 เดือน ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 จำนวน 33 43 32 คนตามลำดับ เมื่อจำแนกตามระยะเวลาการกำเริบซ้ำเป็นช่วงพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 มีการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือน

ประเด็นหลักที่ 2 ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การศึกษาพบว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก คือผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมและไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ลักษณะพฤติกรรมที่พบ ได้แก่ หยุดยาเอง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ปฏิเสธการกินยาจากญาติหรือผู้ดูแล การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น ดังคำกล่าว

ผู้ป่วย 1: “ไม่กิน...กินยาไม่ได้ช่วยอะไร...”

บิดาผู้ป่วย 1: “ปัญหาที่พบคือ...น้องเป็นคนที่ไม่ยอมกินยา กินข้าว...แต่ไม่ยอมกินยา ที่หมอโรงพยาบาล...ให้มา”

พยาบาลจิตเวช CHN 2: “มองว่าปัญหาอุปสรรคที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่ประสบการณ์ที่เนาะ คนไข้ที่มาส่วนใหญ่จะไม่ค่อยยอมรับตัวเองว่าตัวเองป่วย เห็นชัดเจนเลย...แล้วก็พอบังคับมารักษาพอหายคนไข้กลับไปคือไม่กินยาต่อ”

จิตแพทย์ F: “ขาดยานี้...มัก มากเลย”

ประเด็นหลักที่ 3 ปฏิเสธการป่วยทางจิต ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองไม่ได้ป่วย และมีความ รู้สึกไม่ตีต่อการป่วยทางจิต เช่น รู้สึกอายน ไม่กล้ายอมรับ ปฏิเสธการเจ็บป่วย และไม่เห็นความสำคัญของการรักษา จึงไม่ให้ความร่วมมือและดูแลตนเองไม่เหมาะสม ดังคำกล่าว

ผู้ป่วย 6: “อ้อ...ยานี้...กินไปได้คอก...เคยกิน...บเป็นอหยัง ”

บิดาผู้ป่วย 1: “ก็...น้องเขาไม่ยอมกินยา เขาบอกว่าเขาไม่ได้เป็นอะไร เขาปกติ...”

ผู้ป่วย 2: “อายครับ.... บคิดบฝืนว่าลิเป็น....”

ผู้ป่วย 10: “กะ...อยากอายุอยู่ครับ”

นักกิจกรรมบำบัด: “อันดับแรกก็คือผู้ป่วยจิตเภทเนี่ย เขาจะปฏิเสธว่าตัวเองป่วยนะคะ พอปฏิเสธปุ๊บเนี่ย..เวลาการรับยาการดูแลตัวเองเนี่ย...มองว่าตราบไตที่เขายังไม่ยอมรับตัวเองเนี่ย เขาก็ไม่กินยา”

ประเด็นที่ 4 การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมีการใช้ยาเสพติด สารที่กระตุ้นให้โรคมียาอาการรุนแรงและกำเริบซ้ำ ได้แก่ ยาบ้า สุรา บุหรี่ เครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ ยาลดน้ำหนัก ดังคำกล่าว
จิตแพทย์ B: “ ในประสบการณ์ที่ทำงานมา มันก็จะมีอยู่ 4-5 ข้อ ที่ทำให้คนใช้กลับเป็นซ้ำ...อันที่สองเรื่องของ substance ซึ่งก็จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้อาการทางจิตเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อย ๆ มากบ้างน้อยบ้าง ที่เห็นอยู่บ่อยคือเรื่องของ stimulant เครื่องดื่มชูกำลัง..เอมร้อย ที่ใช้กันบ่อย ๆ ในการทำงาน... สุรา..ทำให้อาการทางจิตกำเริบ หรือแม้กระทั่งยาเสพติด.....ถ้าผู้ชายก็จะเป็นเรื่อง กินเหล้า กินเบียร์...ถ้าเป็นผู้หญิงนี่คะ ไซโตเฟลคของยา อย่างหนึ่งคือกินแล้วทำให้อ้วน เขาจะไปกินยาลดน้ำหนัก นี่จะเห็นบ่อยละ ทำให้เขาเกิดอาการกำเริบขึ้นมา หยุดยาเราใช้ยาลดน้ำหนัก กาแฟลดน้ำหนัก โดยเฉพาะในพวกวัยรุ่น ผู้หญิงสาวๆ..

พยาบาลจิตเวช OPD2: “คนไข้ บางคนเป็น first episode schiz หมอรักษา อยู่ 3-4 เดือน หายดี ไปทำงานได้ ปี สองปี แต่ไปกินเหล้าครั้งเดียวกลับมาใหม่... เป็นนานเลยคราวนี้...”

ผู้ป่วย 7: “...เป็นบ้าไปเลยครับ ตอนนั้นผมเล่นหลายครั้ง เล่นติดเข้า กลางวัน เย็น ทุกมือละครับ มือละ 3 เวลา กินข้าวแล้วกะสูบ สูบ คือบุหรี่ยี่ละครับ เท็งยาไอซ์ เท็งยาบ้า เท็งทินเนอร์แล้วกะเท็งเหล้า เท็งบุหรี่ยี่หมื่นเวียนอยู่ในร่างกายของผมผมกะเลยเลิกทุกอย่างเลยบัดนี้”

ผู้ป่วย 8: “ดื่มพวกกาแฟกระป๋อง...เข้ากับเย็น..”

มารดาผู้ป่วย10: “คาดวาลีเกี่ยวกับม้าคะ(ยาบ้า) สูบม้า..สูบหยัง คิดว่าลูกเคยเป็นจิ้งจิ้งนั้นหนา ละกะเว้าภาพหลอนไปทั่วทีบ...แล้วกะกินเหล้าหน้า”

ประเด็นที่ 5 ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกที่พบ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ถึง 13 เดือน การสนทนามีผู้ป่วยเพียง 2 คนที่เล่าถึงอาการในขณะที่ป่วยของตนได้ และบอกวิธีการดูแลได้อย่างชัดเจน ส่วนผู้ป่วยอีก 8 คน ไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของการป่วยของตนเอง อาการแสดงของโรค ส่วนการบอกวิธีการดูแลตนเองและการป้องกันกำเริบซ้ำบอกได้บางส่วนคือ การรับประทานยา ดังคำกล่าว

ผู้ป่วย 6: “กะปู้สาเหตุคือกัน...”

นักจิตวิทยา 2: “สืบเนื่องจากไม่ยอมรับ ไม่เข้าใจ อะไรต่าง ๆ..ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ว่าต้องรักษาไม่คิดว่าตนเองเป็นอะไร กลับบ้านไปก็ไม่กินยา ก็เลยทำให้อาการเดิมกำเริบ ได้กลับมาอีก”

จิตแพทย์ F: “ผู้ป่วยคิดว่าดีขึ้น เลยปรับยาเอง..ถ้าเป็นเรื่องความรู้ของโรคหรือว่ามีผลข้างเคียง บางอย่างก็ไม่กล้าที่จะบอกหมอ”

พยาบาลจิตเวช CHO1: “ถ้าเป็นการรักษาซ้ำ พวก re-admits จะมีปัญหาอยู่ เพราะว่า เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนบางพื้นที่ ไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มากกระตุ้นคนไข้ได้ เช่น ร้านขายเหล้า ที่คนไข้สามารถไปซื้อดื่มได้ และ อสม.ในชุมชนไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง เพราะผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงอาการป่วยของตัวเอง ว่าเป็นโรคแล้วมีปัจจัยอะไรมากระตุ้นได้บ้าง ต้องดูแลอย่างไร”

ประเด็นที่ 6 การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยการประสบกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่ได้รับ ซึ่งมักใช้วิธีการจัดการแก้ไข คือหลีกเลี่ยงไม่ร่วมมือเมื่อญาติให้รับประทานยา จนกระทั่งหยุดการใช้ยาในที่สุด ซึ่งส่งผลให้โรคมมีอาการรุนแรงมากขึ้นจนถึงกำเริบซ้ำได้ ดังคำกล่าว

ผู้ป่วย 10: “ยามันแรงแกร็บ หายใจบ่สะดวก น้ำลายแห้ง เหนียวปาก เหนียวคอ ละครมืออ่อนเพลีย เมื่อยเร็ว..ช่วงนั้นแทบลุกยงไปได้..รู้สึกว่าเป็นเบลอๆ หนีละ...เดี๋ยวนี้กะดีขึ้นแล้วครับ...”

ผู้ป่วย 8: “ธรรมดาครับ (ก้มหน้า..เสียงเบา)..... มีแต่คอแห้ง..วิงเวียน หน้ามืด บางครั้ง เป็นประมาณ 10 วินาที”

มารดาผู้ป่วย 10: “..กินยา...ที่แรกเพิ่นกะปรับบ่ได้ดอกคะ คุยกะบ่ได้ พอบอก บังคับ เพิ่นกะบอกแม่กินเองแม่..เจ้า..จนว่า แม่กะลองกินเบิ่ง...มันเป็นจั่งไต่ยา..มากินแล้วปวดหัว คือเส้นประสาทตีแตกแหมคุณหมอ..แบบ มันหม่นอยู่ในประสาทเลย แม่กะเลยว่่าอ้อยาแอง กะเลย บ่อยากบังคับลูก กะพยายาม ให้น้องสาวบอกชอย...”

พยาบาลจิตเวช SRI1: “เรื่องของยา ค่อนข้างที่จะมีปัญหา ส่วนใหญ่ยาจะมี side effect แล้วคนไข้ก็จะไม่กินยาต่อ”

พยาบาลจิตเวช CHN1: “บางเคสก็ มีในเรื่องของที่ขาดยาเป็นเพราะว่า กินยา แล้ว side effect ยาไง มัน มันเยอะ แต่แทนที่...เขาจะกลับมาเพื่อจะให้หมอปรับยาให้ก็ไม่ใช้ ก็ปรับ ยาเองหรือ หยุดยา ไม่กินเลยก็มี มันเลยทำให้คนไข้ป่วย พอป่วยรุนแรงก็ได้กลับมา re-admit นะคะ”

ประเด็นที่ 7 การจัดการกับความเครียดและปัญหาทางจิตใจสังคมไม่เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยประสบกับภาวะกดดันจากภาวะเครียด การสูญเสีย ความผิดหวัง และปัญหาการสื่อสาร ความขัดแย้งในครอบครัว และใช้วิธีการเผชิญความเครียด ด้วยการเงียบ การเกัดกต ใช้สารเสพติด หงุดหงิด โมโห อาละวาด ซึ่งเป็นวิธีในแบบการจัดการที่อารมณ์ที่สามารถลดความเครียดได้ เพียงชั่วคราว และปรับตัวไม่ได้ ส่งผลให้อาการรุนแรงและกำเริบซ้ำ ดังคำกล่าว

ผู้ป่วย 8: “เก็บกดแล้วมันไม่ไ้ระบาย เครียด ครับ”

ผู้ป่วย 7: “เคียด โมโห ให้พ่อให้แม่...แล้วกลับไปเล่นยาอีก ผู้สาว กะมีส่วน..เคียด ให้ผู้สาว แล้วกลับไปเล่นยาอีกกะมีได้...กับเหล่าคือกัน”

มารดาผู้ป่วย 10: “กะเพิ่นเก็บเงียบ...กะบรู๊ว่่าเกิดจากหยัง... เพิ่นเก็บเงียบ เก็บ โตอยู่คนเดียวประมาณ 3 เดือน...บ่คบคน เป็นเงียบ ก่อนหน้านี้...พ่อเสียไป..แล้วยายกะเสีย ปีเดียวกัน...เพิ่นกะเลยเป็นมาเลย...เพิ่น..กะสิเสียใจ..กลับไปอยู่บ้านกะบ่คบกับคนสองสามเดือนบ่ว่า นำไผ บ่ออกไปเล่นไสเป็นคล้ายๆ โรคซึมเศร้าละ”

ผู้ป่วย 6: “กะ...คิดว่าในโตจะของ..บ่สำเร็จหยังจักอย่างกับงานกับ..ความรัก..ที่มี เข้ามาในชีวิตบ่สำเร็จ... ตั้งใจว่า..อยากได้สิ่งนั้น..มันกะพังลงจั่งซี่...”

พยาบาลจิตเวช CHN2: “ปัจจัยที่ส่งผลผู้ป่วยจิตเวชในครั้งแรกรุนแรงและ กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ประสบการณ์ที่เห็นชัดเลยก็คือหนึ่งมันไม่ใช่ปัจจัยจากแอลกอฮอล์เป็นตัวหลัก แต่ปัจจัยตัวหลักก็คือความกดดันของปัญหาในครอบครัว พอเขามีปัญหาเสร็จ เขาก็ออกด้วย

ทางกินเหล้า สูบบุหรี่ เจอเพื่อนดื่อกี่ตีไปมันก็จะช่วยกัน support เจอเพื่อนไม่ตี มามากินกับกู แก้กัลม้วงเหล้าคือวงที่สนทนาทำให้เขาได้ระบายความเครียด”

นักสังคม 2: “ผู้ป่วยที่บอกว่าเครียดส่วนใหญ่...พอถามว่ามีเรื่องเครียดอะไร เขาก็ตอบว่า เขาจะเริ่มตันที่ปัญหาครอบครัว แต่พอลองลึกไปแล้วจะมีปัญหาในเรื่องของความสัมพันธ์ การสื่อสาร ปัญหาขัดแย้งกัน แต่ในส่วนใหญ่คนไข้ก็จะรวมปัญหาการเงิน เศรษฐกิจในครอบครัว เรื่องของการทำงานด้วย”

พยาบาลชงโค 1: “..คนไข้บางคน พ่อแม่เลี้ยงดูตั้งแต่เด็กมา แบบตามใจ ชัดใจ ไม่ได้ พุดเซิง เหตุผล กับคนไข้ไม่ได้ คนไข้คุมตัวเองไม่ได้ก็จะมีปัญหา ถ้าเป็นพ่อแม่ที่ดูค่าคนไข้บ่อย ๆ ก็เป็นสาเหตุ กระตุ้นให้ผู้ป่วย มีอาการกำเริบได้ พวกที่บ่นมาก ๆ จะทำให้คนไข้หงุดหงิด ควบคุม อารมณ์ตัวเองไม่ได้”

จากปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยข้างต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ดูแลหลักหรือญาติและบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากปัจจัยกำเริบต่าง ๆ เช่น โดยเฉพาะสารเสพติด ให้การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง สร้างความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติเรื่องโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการปัญหาทางจิตใจสังคม ความเครียดให้ได้อย่างเหมาะสม

ด้านผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหรือญาติเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ร่วมมือและดูแลเองตามแผนการรักษา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ทุกคนได้รับการดูแลจากครอบครัว และหรือญาติ ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ซึ่งเป็นผู้พามารับการรักษา ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่สังเกตเห็นอาการผิดปกติ และดูแลต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ผลการสนทนารู้ข้อมูลหลักรับรู้ถึงปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลหรือญาติ ได้แก่ การขาดผู้ดูแลหลัก ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหรือญาติไม่เพียงพอ ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และมีทัศนคติในทางลบต่อการป่วยทางจิต และมีฐานะยากจน ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลและญาติ ขาดความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ การดูแล การรักษา การป้องกันการกำเริบ ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช SRI1: “ถ้าเป็นรายแรกก็คือญาติจะไม่เข้าใจ...ไม่คิดว่าคนไข้จะเป็นจิตเภท เขาก็จะคิดว่าเป็นไสยศาสตร์”

พี่สาวผู้ป่วย5: “..รู้อาเหตุ..ว่ามันเป็นแบบใด..ว่าเป็นกรรมนั่นละ...ฟังแต่คำพระว่าเป็นกรรม...เพิ่นว่า มันเป็นนำเขาเอ็ดกรรมของเขา”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “แต่ทีแรก เป็นประสาท เป็นฮ้าย ต่ำ..เห็นไฟแสงอยู่ไสนี้ ดิ่งไปโลด...ไปด่าเขาสารพัด ต่ำว่าผัวเข้าไปอยู่ในบ้านเขา แต่ว่าผัวเพิ่นบมีผัวดอกเลยพาไปอาบน้ำนำพระพุนบ้านคำสูตร อาบน้ำสองเที้ยแล้วเดิน..จั่งตีคืนมา..บได้กินยาได้... ไปตรวจทางนี้ก่อน ทางไสยศาสตร์นั่นละไปทางวัดทางวาก่อนนั่นละ”

บิดาผู้ป่วย 2: “คือการสืบทอดให้ช่วยกะ คือ อากการจั่งสืบเคยมืออยู่ในครอบครัว สิเบ็งจั่งได้ ..คั่นยามสิเป็นขึ้นมา..กะเว้านำกันบได้ ..ยาจั่งสิ..กะ..ขึ้นบกินยา...กะมัก สือยากหงุดหงิด....กะกะบอกอยาก...สู่น้ำพอโมโห...ละบัดที่นี้...ส่วนพอบมีหยัง... กะมีแต่... ว่าสิมาหาหมอ พอสยามารักษา”

บิดาผู้ป่วย 1: “คั่นในหมวดของจิตเภท มันเกี่ยวกับการแยกตัว การหุแหว่ พุดคนเดียว แล้วก็...ไม่รับผิดชอบในของส่วน....ตัวอย่างนี้ครับ การแยกตัว...อะไรอย่างนั้นมันตรงประเด็นกับที่เราคิดไว้ เท่าที่รู้...เราก็ต้องดูแลกันและกัน ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษครับ ไม่กระทบจิตใจมากจนเกินไป ต้องรู้ต้องแยกว่าอันไหนหนัก...อันไหนเบา ถนอมจิตใจ... ให้กำลังใจนะดีที่สุด”

นักสังคม 2: “ญาติยังไม่เข้าใจการดูแลคนไข้หรือการจัดการพฤติกรรมของคนไข้เบื้องต้น..ว่าจะต้องทำยังไง...พอญาติไม่รู้ญาติก็จะหวาดกลัวว่า...ถ้าไปยุ่งกับคนไข้มาก ๆ จะเกิดก้าวร้าวหรือรุนแรงขึ้นมา อีกส่วนหนึ่ง...พอรู้ว่าคนไข้ป่วยทางด้านจิตเวชก็จะไม่ค่อยให้คนไข้ทำอะไรทั้ง ๆ ที่คนไข้จิตเวชร่างกายแข็งแรงสามารถทำอะไรได้ ทำงานบ้านได้ แต่ญาติก็จะมองคนไข้จิตเวชแบบอ่อนแอ ทำอะไรไม่ได้เลย...ให้อยู่เฉยๆ ไปเลย ไม่อยากให้เครียด ญาติยังรู้ไม่หมดว่าการดูแลคนไข้จะต้องดูแลแบบไหน ให้ทำกิจกรรมบ้าง”

ประเด็นที่ 2 ผู้ดูแลมีความสามารถไม่เพียงพอ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหรือญาติมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมานาน 2-13 เดือน ส่วนมากอายุมากกว่า 50 และเป็นผู้สูงอายุจำนวน 3 คน ผู้ดูแลแต่ละคนมีความสามารถไม่เพียงพอ เคยประสบปัญหาในการกำกับ ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา การใช้สารเสพติด รวมทั้งการทำหน้าที่การงาน การเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช OPD1: “ผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุ ... เมื่อพาคคนไข้มาไม่ได้ก็ให้ลูกคนอื่นพาคคนไข้มา ซึ่งพามาโรงพยาบาลแล้วก็เอาไปส่งที่บ้าน..เขาก็ไปทำงาน...แล้วจริง ๆ ก็มีปัญหาคือ อยู่บ้านอายาให้กิน..คนไข้ก็ไม่กิน ไม่ร่วมมือ ไม่ฟัง คือศักยภาพในการดูแลไม่ได้”

นักจิตวิทยา 2: “คือ คนไข้ครั้งแรก ญาติ...จะยังไม่รู้ในเรื่องของการดูแลเท่าไรหรอก เราอาจจะให้สุขภาพจิตศึกษาแต่ความเข้าใจอาจจะไม่ชัดเจน...การที่คนไข้สงบ นอนได้อะไรได้ ก็เหมือนอาการดีขึ้น ก็คิดว่าไม่จำเป็นต้องกำซบอะไร หรือแม้กำซบแล้วถ้าคนไข้ไม่ยอม...มันก็ทำอะไรไม่ได้...ญาติบางครั้งก็อยู่ในภาวะที่ไร้พลังอำนาจที่จะจัดการกับลูกหลานที่เจ็บป่วย”

พี่ชายผู้ป่วย 9: “... บอกกะอยาก ว่า..เฮามันบมีกำลังใจด้านทาน...สมองเฮาร่างกายเฮามันบดีอยู่แล้ว... ก่อนปีใหม่ผมเห็น...หลอยกินเหล้า..แต่กินยาอยู่เดะ กินยาโรงพยาบาล”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “กินยา ...กินกะยากอยู่ ถ้ามันอยู่..เต้...คั่นมันบได้ย่างไปไส จั่งได้กินยา”

มารดาผู้ป่วย 10: “แม่บอก..ลาวมีแต่ว่าเมื่อย เมื่อย..ล้า..ล้า กะเลยสิ..บค้อยมันใจ..คั่นสิใช้สิล่อยลูก..”

บิดาผู้ป่วย 8: “บดีขึ้นเลย หนักกว่าเก่าเริ่มอีก เพราะว่าแกลือเอาตั้งแต่เล่นโทรศัพท์อย่างเดียว ช่วงแรก ๆ นิยงซักผ้าล้างถ้วย กรอกน้ำ เฮ็ดช่วยพ่ช่วยแม่ ฮู้จักความ เก่งแต่ว่าได้ยินคำเว้าผิดหูแน่กะเคียด กะเอาแต่ใจ...ขึ้นบได้เบ็งโทรศัพท์...กะเคียด. ใจฮ้าย...เวลาเคียดมากะตีจะของ

หงุดหงิดแล้วกะตีกำแพง ทำร้ายร่างกายเจ้าของจิ้งลีสละกะห้ามบ่ได้ ชั่นเล่นกะเล่นเกิน เล่นจนเคียดในโตไปเลย อยากให้หมอรักขาอันนี้ อยากให้หมอรักขาผู้พี่ หละ”

บิดาผู้ป่วย 1: “อยากดูแลลูกให้ดีที่สุด...ก็ต้องพามาหาคุณหมอนี้แหละ รักษาแผนปัจจุบัน... ไปขจัดปัดเป่าอะไรอย่างนี้ครับ ไปดูดวงโชคชะตา ไปดูราศีว่า ถ้าเขาทักเขาท้วงอะไรก็ทำครับ ..ก็ดีครับ ดีขึ้นครับ เราต้องรักษาทั้งสองฝ่ายทั้งสองทางช่วยกัน เพื่อที่ว่าให้เราสบายใจขึ้นครับ”

ประเด็นที่ 3 ทักษะคิดต่อการป่วยทางจิต จากการศึกษา มีผู้ดูแลและญาติจำนวน 2 ที่มีความรู้สึกต่อการป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นในด้านลบ เช่น อับอาย นอกจากนี้พบว่า มีการปฏิเสธผู้ป่วยไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษา อย่างไรก็ตามมีผู้ดูแลที่มีทัศนคติทางบวก ยอมรับภาวะเจ็บป่วยและต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเต็มที่ เพื่อให้หายจากโรค ดังคำกล่าว

บิดาผู้ป่วย 2: “มาเป็น (ป่วยทางจิต) นิ กะ อยากอายุอยู่”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “.....แต่...กะอยากอายุอยู่แล้วเนาะ...มันไปขอเงินเพื่อน เห็นหน้าผู้ใดบ่ได้ได้ขอเงิน...กะอายุอยู่นั้นแล้วยามมันขอเงิน คะเจ้า... เพื่อนกะเว้าให้.....”

นักสังคม 1: “ตัวผู้ป่วยเอง บางทีคือตัวคนไข้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย อันที่ 2 คือตัวครอบครัวเอง ก็จะมีบางครอบครัวที่ ปกป้องคนไข้ ไม่ยอมรับว่าคนไข้ป่วยมันก็เลยมีผลต่อการดูแลคนไข้ตามหลัง เขามองว่ามันเป็นเรื่องปกติแล้วว่าจะมาถึงเราอาการก็เป็นมากแล้ว ครอบครัวจะมี 2 แบบคือ แบบที่ 1 ปกป้อง แบบที่ 2 คือปฏิเสธ หมายถึงไม่เอาคนไข้แล้ว ไม่อยากดูแล แล้วในส่วนของสังคมที่มองคือ สังคมมักจะให้ตราบาปกับเขา”

บิดาผู้ป่วย 1: ผมก็ยังบอกกับลูกสาวอยู่ว่า หนูสู้ๆนะลูก ไม่ต้องท้อถอย คนเราเป็นได้ก็หายได้ บอกลูกทุกวันครับ หนูอย่าคิดมากลูก ตั้งสติให้ดี อย่าไปคิดเรื่องอื่นอะไรก็ช่างที่มันรกลสมองนะให้วางปล่อยไปลูก ...ให้วางซะปล่อยซะเรากี่มา เริ่มใหม่ไม่มีปัญหา เรื่องการเรียนหนูก็ไม่ต้องคิด การเรียนไม่สายนะลูก”

จิตแพทย์ D: “ช่วงหลังๆ ทักษะของครอบครัวต่อคนไข้โรคจิตก็ดีขึ้นนะ จากที่มองว่าเป็น stigma ครับ หลังๆ เขาก็ยอมรับได้ว่าเป็นอาการป่วย และห่วงใยคนไข้มากขึ้นเพราะแต่ก่อนก็จะไปล่าม ไปขัง ตอนนั้นก็ให้อยู่บ้านเดียวกันแล้วก็ ช่วยดูแลให้กินยามากขึ้นเพราะว่าไม่ได้ blame คนไข้ว่า เป็นตัวปัญหา ละก็ยอมรับว่าเป็นการป่วยที่ต้องช่วยดูแลรักษา”

ประเด็นที่ 4 ฐานะยากจน ผู้ดูแลหรือญาติมีฐานะยากจน ขาดแคลนปัจจัยอำนวยความสะดวก เช่น ค่ารถ ค่าใช้จ่าย และอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล มาโรงพยาบาลยากลำบาก ดังคำกล่าว

บิดาผู้ป่วย 8: ลูกป่วย พ่อกะบ่ได้เฮ็ดงาน แม่ขาดงานกะบ่ได้ มีแต่พ่อผู้เดียวแลน... หนึ่งบ้านเช่าข้าวซื้อ..บ่มีสมบัติอียัง มากะต้องมารถเมล์ แม่กะหาผู้เดียว น้องกะเรียน พ่อกะเที่ยวไปเที่ยวมา..จิ้งลีสละ เขาจ้างไปหยั่งกะหอบไปน้ำ ชั่นเอาไปน้ำแกกะบ่ปกติ ลั้งเทียแกกะเปลอหล่อยหนีไปลั้งเทียกะต้องนำกัน ลำบาก....”

บิดาผู้ป่วย 1 : “รายได้..กะบ่หลายดอกครับ เดือนหนึ่งกะ เจ็ดพันแปดพัน หนึ่งสิบล..กะมี อยู่นั่นละครับ แต่พ่ออยู่ไปได้”

จิตแพทย์ C: “ปัจจัย psychosocial ก็เรื่องความยากลำบากของการครองชีวิต การมาหาหมอลำบาก ธุระกันดาร ไม่มีค่าใช้จ่าย”

พยาบาลจิตเวช SRI2: “ภาวะเศรษฐกิจก็มีผลกับเขานะคะ ที่เห็นส่วนมากก็คือ ยากจนแล้วป่วย แล้วก็ไม่มีเงินพามา เวลามีอาการ ห่วงงาน ไม่มีเวลาพาคนไข้มา”

ประเด็นที่ 5 การขาดผู้ดูแลหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลักผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหลัก โดยอาศัยอยู่คนเดียว หรือ อยู่ในสถานการณ์ที่ญาติ สมาชิกครอบครัวมีภาระในการทำงานประกอบอาชีพ ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามช่วยเหลือให้ดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่องใน ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช CHN1: “...ในชุมชน..บางที่ขาดผู้ดูแลหลัก ไม่มีผู้ดูแลก็คือ ด้วยภาระ การงาน ที่เคยโทรประสานนี้ พ่อแม่ไปทำงาน ปู่ย่าตายายก็ทำงาน..อิม..มัน เรื่องเงินด้วยเนาะ ..เคสนี้ คนไข้กลับไปอยู่บ้านคนเดียว ไม่กินยาต่อเนื่อง... เพราะว่าคิดว่าตัวเองหายดีแล้ว ...”

พยาบาลจิตเวช SRI1: “ประเด็นหลักๆ ก็คือ คนไข้อยู่กับคนแก่ หรือว่าญาติพี่น้อง ต้องไปทำงานไม่ได้มีเวลามากดูแล กินยากก็ไม่รู้ว่ากินตอนไหน หรือว่าไปปรับยาใหม่ หรือว่าไม่ยอมอมยาให้เค้าเอายาให้กิน บางบ้านก็ไม่มีผู้ดูแลหลัก”

จากปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยข้างต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลหลักจะต้องได้รับช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้สร้างความรู้ ความสามารถ ทักษะคดีเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลอย่างเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีที่ขาดผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลมีฐานะยากจน

ด้านระบบการดูแล

ประเด็นที่ 1 การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารุ่นใหม่ ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพ รับรู้ถึงสภาพปัญหาของการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาให้ยาเพื่อบำบัดรักษาโรคจิตเภทของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งพบว่า กรณีเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาโรคขั้นพื้นฐานจะมีข้อจำกัดในการใช้ยารุ่นใหม่หรืออาจมีข้อจำกัดในการใช้ยารุ่นใหม่ซึ่งมีราคาสูงสำหรับผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ B: “ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงยารุ่นใหม่ เพราะว่าในสิทธิที่จะใช้ยาทุกวันนี้ จำกัดให้ใช้ยาที่เป็นยารุ่นใหม่อยู่แค่ 2 ตัวเท่านั้นเองก็เป็นยานอกบัญชียาหลักและราคาค่อนข้างแพงมาก...ก็นำมาให้การรักษาไม่ได้”

จิตแพทย์ C: “ยากี่มีผลเยอะ เพราะยารุ่นเก่า กับยารุ่นใหม่ต่างกันเยอะ ยารุ่นใหม่ผลต่อการ relapse prevention ได้ดีกว่า แต่ผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึง ยารุ่นใหม่ ก็เสียโอกาสไปเยอะ”

จิตแพทย์ D: “เรื่องผลข้างเคียงของยาครับ ยาบางตัวก็มีผลข้างเคียงเยอะ คนไข้ก็ทนยาไม่ได้ ก็เลยหยุด ยาไป ตัวอย่าง เช่น ยาฉืด long acting ที่อยู่ในบัญชียาหลักซึ่งเป็นยากลุ่มเก่า ก็มีโอกาที่จะเกิด EPS ได้ง่าย หรือว่าตัวแข็ง ตัวเกร็ง ในขณะที่ยามีผลข้างเคียงน้อย เช่น ยาอินวิกา ก็เป็นยานอกบัญชียา ราคาเข้มละหมื่นกว่าบาท คนไข้ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยานี้ได้ ก็เลยทำให้ lost เพราะมีผลข้างเคียง พอมีผลข้างเคียงเขาก็ lost follow up ไปเขาไม่มาปรึกษาแพทย์ บางทีก็หายไปเลย ก็เลยมีอาการกำเริบ”

ประเด็นที่ 2 ด้านงบประมาณ ผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ถึงสภาพปัญหาของการให้บริการ ว่าเป็นให้การให้บริการมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษามาก และต้องการการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งบประมาณค่ายา งบสนับสนุนบริการเชิงรุก แก่ผู้ป่วยที่อยู่ชุมชนเพื่อนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และงบประมาณเพื่อการประชาสัมพันธ์ที่ได้ผล ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ C: “คือเรื่องบุคลากร กับต้นทุน พวกเข้าถึงยา ถ้าคัดกรองเสร็จ บางโรงพยาบาลก็จะมียาที่พร้อมจ่ายอะ สำหรับแค่ screen case ว่าแต่ยาแพลงเลย แค่ว่าพวก risperidone ก็ยังไม่ค่อยเลย อันที่ 3 ต้นทุนในการที่จะเดินเข้าไปพื้นที่เอาเพื่อนำคนไข่ออกมา จากพื้นที่ มาสู่ รพ. เพื่อทำการบำบัดรักษาก็ไม่มี คือมันก็เลยได้แค่เป็นโครงการนำร่องในบางอำเภอ ซึ่งกรมแค่นำร่อง จังหวัดละ 2 อำเภอ นะ ใช้เงินต่อจังหวัดประมาณ 3-4 แสนต่อจังหวัดต่อปีนะ แค่นำร่องนะ ดังนั้นถ้าคิดว่าทั้งจังหวัดก็ใช้เงินเยอะมากแค่นั้น ก็ต้องใช้คนเยอะแค่นั้นระบบที่กรมคิดจะต้องหยุดลง คือระบบมีความคิดคนพยายามทำ แต่การจะทำให้ครอบคลุมเป็นเรื่องที่ยาก

นักสังคม 2: “ตอนนี้เราตั้งรับ..แต่ก็ไม่ว่าจะเป็นไปได้ใหม่เพราะมันก็จะมีการจำกัดในเรื่องของปริมาณเจ้าหน้าที่ เวลา งบประมาณอีก เพราะอย่างคนไข้เรื้อรังที่ จังหวัดร้อยเอ็ด เขาก็จะบอกว่าเจ้าหน้าที่ ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ก็มาเยี่ยมนะคะ แต่อยากให้ออกมาด้วย”

จิตแพทย์ C: “พอถึงจุดหนึ่งที่คนไข้ไม่ตอบสนองต่อยา..มันก็ไม่มีทางเลือกให้หมอมามากเท่าไร คือยาที่จะเอาเข้าบัญชีมากขึ้นก็เป็นกลุ่ม primary พอถึงจุด ๆ นี้ หมอเขาก็ไปไม่เหมือนกัน เพราะว่า คนไข้ไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษา ซึ่งมันเป็นวิธีที่มีความยุ่งยากขึ้นซับซ้อนขึ้น ใช้ต้นทุนมากขึ้นในการรักษา.....ถ้าจะให้ impact เลยนะ งบ promotion ต้องเยอะ promotion แบบ สื่อโทรทัศน์ วิทยูเหมือนช่วงนี้ ที่เรารณรงค์สื่อ ทำให้คนเริ่มติดหูมากขึ้น เองง่ายๆ อย่าง สสส. อะ...ทำงานเครียดกินเหล้า มันก็ติดหูคนนะ เรื่องกินเหล้า คนก็ตื่นตัวมากขึ้นดังตัวอย่างนี้ งานสุขภาพจิต ก็ต้องการให้คนเราตื่นตัวมากขึ้น”

ประเด็นที่ 3 ด้านกระบวนการดูแล ผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ถึงปัญหาที่พบในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ที่สำคัญได้แก่ ระบบส่งต่อข้อมูลยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอตามที่ทีมผู้ปฏิบัติคาดหวัง ส่งผลให้การติดตามดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง และผลลัพธ์ของการให้บริการยังพบว่า มีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงต้องการพัฒนาการบริการด้วยรูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช CHN1: “เพราะเราดูแลเป็นสหวิชาชีพ มี CPG จิตเภท มีคู่มือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการวางแผนกันว่าจะทำยังไง คือ เราจะ...ตามสเต็ปของการรักษาผู้ป่วยในว่า คนไข้รักษา ตามกระบวนการ ของ IPD แล้ว แต่เราช่วยกันประเมินคนไข้ ถ้ามีปัญหาลักษณะเป็นนี้จะควรจะได้รับ Intervention แบบนี้เพิ่มเติม นะคะ เช่น ถ้าคนไข้กลับไปขาดยาบ่อย ๆ กลับมาแล้ว เราก็ต้องเสริมแรงจูงใจการกินยาตัวชีวิตในกลุ่มของคนไข้จิตเภท ที่ทางจิตเวชชุมชนดูแล คือเรื่องผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการส่งต่อไปพื้นที่เครือข่ายไม่กลับมารักษาล่วงในแก้วลิบวัน นี่ก็คือ จิตเภทรายใหม่เลย ก็คือ เราจะดูว่า เขากลับไปอยู่ในชุมชนแล้ว เขาไม่กลับมารักษาล่วง readmit ภายในสามเดือน แล้วก็ตั้งไว้ที่ว่าไม่น้อยกว่าร้อยละแก้วลิบห้าแต่เราก็ได้ตามเป้าอยู่”

นักสังคมสงเคราะห์ 1: “แล้วก็มีมุมมองเวลาที่มีการพูดคุยกันเรื่องจิตเภทเรามากจะมองในเรื่องการรักษา การใช้ยา แต่เราลืมนึกถึงว่าจริง ๆ แล้วการเจ็บป่วยของคนไข้มันมีบริบทหลายๆ ด้านประกอบกันบางทีอาจจะต้องใช้บริบทด้านครอบครัวมามองด้วยทุกครั้ง เหมือนกับคนไข้มารักษาเสร็จ แต่อาการไม่ดีขึ้นเราก็มองว่า มีผลกับยาด้วย นั่นเราต้องปรับยา คือเราเน้นของการ treatment ส่วนใหญ่ เหมือนได้รับการดูแลยังไม่บูรณาการ เรายังเน้นไปส่วนของการ treatment การให้ intervention อยากให้พัฒนาเรื่องของการประสานหรือการมีเครือข่ายที่จะมาช่วยภาคีเครือข่ายในการผลักดันให้ผู้ป่วยเหล่านี้ให้กลับไปบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี”

ประเด็นที่ 4 ด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ถึงสภาพปัญหาของการให้บริการที่เกี่ยวข้อง ช้องกับบุคลากรบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้แก่ หน่วยงานมีบุคลากรใหม่ที่ต้องการพัฒนาความรู้ ทักษะการทำงานเฉพาะทาง กับทั้งต้องการให้บุคลากรทุกฝ่ายได้รับพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พบว่าบุคลากรมีภาระงานมาก และจำนวนบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อค่ากล่าว

พยาบาลจิตเวช SR12: “ถ้าพยาบาลมีศักยภาพ ก็จะไม่ยากมากค่ะ....เขารับผิดชอบในหน้าที่ของตัวเอง การบริหารจัดการ การทำงานเป็นทีมมันก็จะราบรื่นค่ะ ตอนนี้อยู่ประสบการณ์ทุกคนเกิน 3 ปีหมดแล้ว จะมีน้องเอ แต่มีน้องเอก็ครบแล้วค่ะ จบ PG (หลักสูตรการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) แล้ว...ก็มีน้องบี น้องเอ็มที่เข้ามาใหม่ที่จะส่งอบรมต่อไป..”

พยาบาลชงโค 2: “ด้วยภาระงานทำให้ระบบการดูแลที่จะไปถึงผู้ป่วยจริง ๆ ตาม CPG ไม่ครบ”

จิตแพทย์ B: “เรามี guideline ในการดูแล first episode schizophrenia ซึ่งก็จะมีสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ถามว่า work มั้ย ก็ส่วนหนึ่งค่ะ เนื่องด้วยว่า ภาระงานทำให้เราไม่ได้ pay attention กับคนไข้ first episode schizophrenia เต็มที่เท่าที่ควรการดูแลก็ไม่ได้แตกต่างกันกับ case schizophrenia อื่น ๆ ที่อยู่ในตึกเป็นพิเศษเท่าไร..คือไม่เข้ม มี CPG ก็จริง แต่ว่าในการทำงาน ก็ไม่เข้มเท่าไร คือถ้าทำได้ตามนั้นจริง ๆ มันก็โอเค ก็น่าจะดี..”

จากปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ โดยการเพิ่มงบประมาณสำหรับงานในส่วน ค่ายา การให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยที่อยู่ชุมชน และการประชาสัมพันธ์ อย่างยิ่งที่ระบบผู้ดูแลหลักจะต้องได้รับช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ 1. การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยาารุ่นใหม่ ด้านกระบวนการดูแล โดยการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่เน้นการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและมีระบบส่งต่อข้อมูลที่ดีด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ควรให้บุคลากรใหม่ ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะการทำงานเฉพาะทาง และให้บุคลากรทุกฝ่ายได้รับพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง การจัดการด้านภาระงานและจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม

สรุป ผลการศึกษาปัญหาและความต้องการที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก สรุปประเด็นปัญหาจำแนกเป็น ด้านปัญหาด้านผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และระบบการดูแล ดังนี้

ด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีการกลับเป็นซ้ำ ปฏิเสธการป่วยทางจิต ใช้สารเสพติด ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท จัดการกับอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม จัดการกับความเครียดและปัญหาทางจิตใจสังคมไม่เหมาะสม

จึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากปัจจัยกำเริบต่าง ๆ เช่น โดยเฉพาะสารเสพติด ให้การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง สร้างความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติเรื่องโรคจิตเภท การรักษา เสริมสร้างทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการปัญหาทางจิตใจสังคม ความเครียดให้ได้อย่างเหมาะสม

ด้านผู้ดูแลหลัก ปัญหาที่พบได้แก่ ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล มีความสามารถไม่เพียงพอ มีทัศนคติลบต่อการป่วยทางจิต ผู้ดูแลฐานะยากจนและขาดผู้ดูแลหลัก จึงต้องการเสริมสร้างความรู้ ความสามารถ ทัศนคติเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลอย่างเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการสนับสนุนกรณีที่ขาดผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลมีฐานะยากจน

ด้านระบบการดูแล ปัญหาที่พบได้แก่ การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารุ่นใหม่ งบประมาณไม่เพียงพอ เช่น ค่ายา การให้บริการเชิงรุก ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลที่ยังไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เช่น ระบบส่งต่อข้อมูล การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงต้องการปรับปรุงคุณภาพเกี่ยวกับ การเข้าถึงยารุ่นใหม่ การเพิ่มงบประมาณสำหรับงานในส่วน ค่ายา การให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยที่อยู่ชุมชน และงบประมาณการประชาสัมพันธ์ ด้านกระบวนการดูแล โดยการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่เน้นการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและมีระบบส่งต่อข้อมูลที่ดี ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ควรให้บุคลากรใหม่ ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะการทำงานเฉพาะทาง และให้บุคลากรทุกฝ่ายได้รับพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง การจัดการด้านภาระงาน และจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกและความต้องการแก้ไข จำแนกตามด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบการดูแล

ปัญหาที่พบ	ความต้องการแก้ไข
ด้านผู้ป่วย	ด้านผู้ป่วย
1. ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำ	1. ป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากปัจจัยกำเริบต่าง ๆ เช่น สารเสพติด
2. ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	2. ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยปฏิเสธการป่วยทางจิต	3. สร้างความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติเรื่องโรคจิตเภท การรักษา การดูแลผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยใช้สารเสพติด	4. เสริมสร้างทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การจัดการปัญหาทางจิตใจสังคม ความเครียดให้ได้อย่างเหมาะสม
5. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค	
6. ผู้ป่วยจัดการกับอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม	
7. ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดและปัญหาทางจิตใจสังคมไม่เหมาะสม	

ตารางที่ 10 ประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกและความต้องการแก้ไข จำแนกตาม
ด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบการดูแล (ต่อ)

ปัญหาที่พบ	ความต้องการแก้ไข
ด้านผู้ดูแลหลัก <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล 2. ผู้ดูแลมีความสามารถไม่เพียงพอ 3. ผู้ดูแลมีทัศนคติลบต่อการป่วยทางจิต 4. ผู้ดูแลฐานะยากจน 5. การขาดผู้ดูแลหลัก 	ด้านผู้ดูแลหลัก <ol style="list-style-type: none"> 1. เสริมสร้างความรู้ ความสามารถ ทักษะคิดเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย 2. การสนับสนุนช่วยเหลือกรณีที่ขาดผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลมีฐานะยากจน
ด้านระบบการดูแล <ol style="list-style-type: none"> 1. การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารุ่นใหม่ 2. ด้านงบประมาณ 3. ด้านกระบวนการดูแล 4. ด้านผู้ให้บริการ 	ด้านระบบการดูแล <ol style="list-style-type: none"> 1. การเข้าถึงยารุ่นใหม่ 2. การเพิ่มงบประมาณ: ค่ายา ค่าบริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยที่อยู่ชุมชน และการประชาสัมพันธ์ 3. ให้บริการที่เน้นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและมีระบบส่งต่อข้อมูลที่ดี 4. พัฒนาบุคลากร: การพัฒนาความรู้ ทักษะการทำงานเฉพาะทางแก่บุคลากรใหม่ พัฒนาความรู้ต่อเนื่องแก่บุคลากรทุกฝ่าย 5. การจัดการด้านภาระงานและจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผู้ให้ข้อมูลหลัก มีการรับรู้ถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกจากประสบการณ์ในการทำงานที่ผ่านมา ประสบการณ์ในการดูแลและการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำ ประกอบด้วย 6 ปัจจัยหลักและปัจจัยรองที่เกี่ยวข้อง ดังตารางที่ 11 โดย แบ่งเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยประกอบด้วย ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การประสบปัญหาด้านจิตสังคม การใช้สารเสพติด ภาวะสุขภาพร่างกาย และเป็นไปตามธรรมชาติของโรคที่กำเริบขึ้นมาเองได้ นอกจากนี้แล้วยังมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลหรือญาติ รายละเอียดมีดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Medication adherence) คือการปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือการปรับพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา (World Health Organization, 2003)

การรักษาด้วยยา (psychopharmacological intervention) เป็นวิธีการรักษาหลักที่ใช้เพื่อการรักษาโรคทางจิต โดยให้ยากลุ่มยารักษาโรคจิต (antipsychotics drugs) เพื่อช่วยปรับสภาพภายในร่างกาย ควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี โดยยากลุ่มนี้ แบ่งเป็น 2 รุ่น ได้แก่ 1) ยารักษาโรคจิตรุ่นแรก (first generation antipsychotics) ยากลุ่มนี้ ถูกนำมารักษาโรคจิตเภทมานานหลายสิบปี ผู้ป่วยครั้งแรกจะตอบสนองต่อยาในระยะ 4-6 สัปดาห์ และมีอาการดีขึ้นมากจนถึงหายจากอาการ (มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2012) ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยานี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงหลายแบบ โดยร้อยละ 40 พบอาการข้างเคียงชนิด extrapyramidal effects หรือ EPS (Chakos et al, 1992; Robinson et al., 2002) ได้แก่ อาการคล้ายโรคพาร์กินสัน เช่น เคลื่อนไหวได้ช้า ลื่นแข็งน้ำลายไหลย่อย อาการเกร็งหดตัว

ตารางที่ 11 สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

ปัจจัยหลัก	ปัจจัยรองที่เกี่ยวข้อง
1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือมีการขาดยา 2. การปรับขนาดยาที่รับประทานด้วยตนเอง 3. การเกิดอาการข้างเคียงจากยาและหยุดยา 4. การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารุ่นใหม่ 5. การปฏิเสธการเจ็บป่วย
2. การประสบกับปัญหาด้านจิตสังคม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประสบกับภาวะเครียด 2. การประสบกับการสูญเสีย 3. การประสบกับปัญหาในครอบครัว
3. การใช้สารเสพติด	
4. ภาวะสุขภาพร่างกาย	
5. ธรรมชาติของโรคที่กำเริบขึ้นมาเองได้	
6. ด้านการสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การขาดผู้ดูแลหลัก 2. ความสามารถของผู้ดูแลหรือญาติ 3. ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล 4. ทักษะติดต่อการป่วยทางจิต 5. ฐานะยากจน

ของกล้ามเนื้อ (dystonia) เช่น คอบิด หลังแอ่น อาการรู้สึกไม่สบายที่กล้ามเนื้อ (akathisia) จนทำให้กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง แม้ว่าอาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการให้ยาต้านโรคพาร์กินสันและการรักษาตามอาการ แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว เนื่องจากผลข้างเคียงดังกล่าว ทำให้อาการทางจิตกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล 2) ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง (second generation antipsychotics) เกิดผลข้างเคียงชนิด EPS น้อยกว่า อย่างไรก็ตามยาทั้งสองรุ่นต่างก็มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคจิตเภทได้เท่าเทียมกัน และต้องให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยต้องรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะ เวลาอย่างน้อย 6-12 เดือน แต่การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาขาดความต่อเนื่องในการ รับประทานยา จึงทำให้อาการกำเริบ (Emsley et al., 2013) และต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า ที่ผู้ให้ข้อมูลหลัก รับรู้ถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมและไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา มาจาก 5 ประเด็นย่อย คือ รับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือมีการขาดยา ปรับลดขนาดยาที่รับประทานด้วยตนเอง เกิดอาการข้างเคียงจากยาและหยุดยา มีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารุ่นใหม่ และปฏิเสธการเจ็บป่วย รายละเอียดมีดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือมีการขาดยา ซึ่งพบได้มาก โดยผู้ป่วยรับประทานยาไประยะหนึ่งจนอาการสงบแล้วหยุดยาเองเนื่องจากคิดว่าโรคหายดีแล้ว การที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของยา การลืม ผู้ป่วยไม่อยู่บ้าน และยาหมด ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ B: “ในประสบการณ์ที่ทำงานมา มันก็จะมีอยู่ 4-5 ข้อ ที่ทำให้คนไข้ กลับเป็นซ้ำ อันที่หนึ่งก็คือคนไข้ไม่ค่อยกินยา พอไม่กินยาที่เคยควบคุมอาการได้ ก็จะทำให้อาการกำเริบขึ้น บางคนก็ระยะสั้น อาทิตย์นึงก็มี บางคนอาจจะอยู่ที่ 6 เดือน 1 ปี”

จิตแพทย์ C: “ผมคิดว่าเราส่งกลับไปแล้ว...ไม่กินยา...ก็เลยเป็นสาเหตุให้กำเริบ”

จิตแพทย์ F: “ขาดยาเนี่ย...มัก มากเลย”

พยาบาลจิตเวช CHN1: “เคยโทรไปติดตามเคสคนไข้ทางโทรศัพท์ บางเคสเขาก็จะบอกเลยว่า ก็คิดว่าตัวเองอาการหายดีแล้วก็มันจะคะ อ่า..พอหายดีแล้วก็..ไม่มารับยาต่อเนื่อง อันนี้ก็เป็นอีกข้อหนึ่งที่ทำให้คนไข้กลับมา”

ผู้ป่วย 1: “ไม่กิน...กินยาไม่ได้ช่วยอะไร...”

บิดาผู้ป่วย 1: “ปัญหาที่พบคือ...น้องเป็นคนที่ไม่ยอมกินยา กินข้าว...แต่ไม่ยอมกินยา ที่หมอโรงพยาบาล...ให้มา”

ผู้ป่วย 6: “อ้อ...ยานี้..กินบ่ได้ดอก...เคยกิน...บ่เป็นอียัง ”

ผู้ป่วย 4: “เคยขาดยามั้ย เคยครับ เหมือนกับลืมครับ วัน สองวัน ไม่ได้เยอะเท่าไรครับ แม่ช่วยบอก”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “กินยา ...กินกะยาอยู่ ถ้ามันอยู่..ได้...คั้นมันบได้ย่างไปใส จึงได้กินยา”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “มันจำบได้ดอก บได้กินเดือนนึงแล้วยาหมด บได้พาไปเอายามา กิน..ยากนำยาม”

ประเด็นย่อยที่ 2 การปรับลดขนาดยาที่รับประทานด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยรับประทานยาไประยะหนึ่งจนอาการสงบแล้วปรับลดขนาดยา ความเข้าใจว่าหายจากการป่วยแล้วกังวลในการใช้ยา รวมทั้งเกิดอาการข้างเคียง ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ F: “ผู้ป่วยคิดว่าดีขึ้น เลยปรับยาเอง เพราะเป็นห่วงว่ากินยาเยอะไปไหม”

พยาบาลจิตเวช CHN1: “บางเคสก็ มีในเรื่องของที่ขาดยาเป็นเพราะว่า กินยาแล้ว side effect ยาไม้น มันเยอะ แต่แทนที่...เขาจะกลับมาเพื่อจะให้หมอปรับยาให้ก็ไม่ใช้ ก็ปรับยาเองหรือ หยุดยา ไม้กินเลยก็มี มันเลยทำให้คนไข้ป่วย พอป่วยรุนแรงก็ได้กลับมา re-admit นะคะ”

ประเด็นย่อยที่ 3 การเกิดอาการข้างเคียงจากยาและหยุดยา โดยผู้ป่วยรับประทานยาแล้วมีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้น ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วย ไม่สุขสบาย ทำกิจวัตรประจำวันหรือหน้าที่การงานไม่ได้ เสียภาพลักษณ์ จึงปรับลดขนาดยาเอง ไม่มาพบแพทย์ หรือหยุดใช้ยา ดังคำกล่าว

ผู้ป่วย 10: “ยามันแสบครับ หายใจบ๊อบบ๊อบ น้ำลายแห้ง เหนียวปาก เหนียวคอ ละครกะมีอ่อนเพลีย เมื่อยเร็ว..ช่วงนั้นแทบลุกย่ำไปได้..รู้สึกว่าเป็นเบลอๆ หนีละ...เดี๋ยวนี้กะดีขึ้นแล้วครับ...”

ผู้ป่วย 2: “หน้ามืดตามัว เวลานอนแล้วลุกขึ้น หน้ามืดตามัว”

ผู้ป่วย 8: “ทรมานครับ (ก้มหน้า..เสียวเบา).... มีแต่คอแห้ง..วิงเวียน หน้ามืด บางครั้ง เป็นประมาณ 10 วินาที”

มารดาผู้ป่วย 10: “เพื่อนมีตะว่า...เพื่อนเมื่อย อ่อนเพลีย...”

พยาบาลจิตเวช OPD2: “ผู้ป่วยบอกกินยาแล้ว..น้ำลายเยอะ น้ำลายไหล ลื่นแห้ง”

พยาบาลจิตเวช SRI3: “ยามันมี side effect เดินไม่ดี เดินที่อ้อ น้ำลายไหล ลื่นแห้ง”

พยาบาลจิตเวช SRI1: “เรื่องของยา ค่อนข้างที่จะมีปัญหา ส่วนใหญ่ยาจะมี side effect แล้วคนไข้ก็จะไม่กินยาต่อ”

พยาบาลจิตเวช OPD1: “...ไปสอนตอนกลางวันก็ไม่กินยาเพราะวงสอนนักเรียนไม่ได้เพราะมันมี side effect..นักเรียนกับคนทำงานประจำ มักจะปรับยาตัวเอง และไม่ยอมกินยาเพราะ side effect ทำให้ภาพลักษณ์เค้า personality เค้าเสียเลยทำให้ไม่อยากกินยา”

ประเด็นย่อยที่ 4 การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารุ่นใหม่ การพิจารณาให้ยาเพื่อบำบัดรักษาโรคจิต นั้นมีข้อจำกัดในการใช้ยารุ่นใหม่สำหรับผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาโรคขั้นพื้นฐาน หรืออาจมีข้อจำกัดในการใช้ยารุ่นใหม่ซึ่งมีราคาสูงสำหรับผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ D: “เรื่องผลข้างเคียงของยาครับ ยาบางตัวก็มีผลข้างเคียงเยอะ คนไข้ก็ทนยาไม่ได้ ก็เลยหยุด ยาไป ตัวอย่าง เช่น ยานิด long acting ที่อยู่ในบัญชียาหลักซึ่งเป็นยากลุ่มเก่า ก็มีโอกาสจะเกิด EPS ได้ง่าย หรือว่าตัวแข็ง ตัวเกร็ง ในขณะที่ยามีผลข้างเคียงน้อย เช่น ยาอิมิก้า ก็เป็นยานอกบัญชี ราคาเข็มละหมื่นกว่าบาท คนไข้ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยานี้ได้ ก็เลยทำให้ lost เพราะมี

ผลข้างเคียง พอมีผลข้างเคียงเขาก็ lost follow up ไปเขาไม่มาปรึกษาแพทย์ บางทีก็หายไปเลย ก็เลยมีอาการกำเริบ”

จิตแพทย์ C: “ยากี่มีผลเยอะ เพราะยารุ่นเก่า กับยารุ่นใหม่ต่างกันเยอะ ยารุ่นใหม่ผลต่อการ relapse prevention ได้ดีกว่า แต่ผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึง ยารุ่นใหม่ ก็เสียโอกาสไปเยอะ”

จิตแพทย์ B: “ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงยารุ่นใหม่ เพราะในสิทธิที่จะใช้ยาทุกวันนี้ จำกัดให้ใช้ยาที่เป็นยารุ่นใหม่อยู่แค่ 2 ตัวเท่านั้นเองก็เป็นยานอกบัญชียาหลักและราคาค่อนข้างแพงมาก ...ก็นำมาให้การรักษาไม่ได้”

จิตแพทย์ C: “พอถึงจุดหนึ่งที่คนไข้ ไม่ตอบสนองต่อยามันก็ไม่มีทางเลือกให้หมอ มากเท่าไรหรือหอก คือยาที่จะเอาเข้าบัญชีมากขึ้นก็เป็นกลุ่ม primary พอถึงจุด ๆ นี้ หมอเขาก็ไปไม่ เป็นเหมือนกัน เพราะว่าคนไข้ไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษา ซึ่งมันเป็นวิธีที่มีความยุ่งยากขึ้นซับซ้อน ขึ้น ใช้ต้นทุนมากขึ้นในการรักษา.....บางโรงพยาบาลก็จะไม่มียาที่พร้อมจ่ายสำหรับแค่ screen case อย่างว่าแต่ยาแพงเลย แค่ว่าพวก risperidone ก็ยังไม่มีเลย.”

ประเด็นย่อยที่ 5 การปฏิเสธการเจ็บป่วย โดยรับรู้ว่าการทางจิตที่เกิดขึ้นไม่เป็น ความผิดปกติ หรือไม่ได้ป่วยด้วยโรคทางจิต จึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยาหรือดูแลรักษา ดังคำกล่าว

ผู้ป่วย 6: “กะบรู๊สาเหตุคือกัน เครียดซ้อๆ คิดว่าจะของบได้เป็นหยังเพียงแค่ม่า เซ็คซ้อ ๆ ”

บิดาผู้ป่วย 1: “ก็.....น้องเขาไม่ยอมกินยา เขาบอกว่าเขาไม่ได้เป็นอะไร เขา ปกติ...”

พยาบาลจิตเวช CHN2: “มองว่าปัญหาอุปสรรคที่บ่บ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทครั้งแรกที่ประสบการณืพีเนาะ คนไข้ที่ม่าส่วนใหญจะม่ค้อยยอมรับตัวเองว่าตัวเองป่วย เห็น ชัดเจนเลย...แล้วก็พอบังคับมารักษาพอหายคนไข้กลับไปคือไม่กินยาต่อ”

นักจิตวิทยา 2: “สืบเนื่องจากไม่ยอมรับ ไม่เข้าใจ อะไรต่าง ๆ..ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ว่่า ต้องรักษาไม่คิดว่าตนเองเป็นอะไร กลับบ้านไปก็ม่กินยา ก็เลยทำให้อาการเดิมกำเริบ ได้กลับมาอีก”

ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว คืออาการทางจิตสงบหรือหาย จากอาการของโรคจิตเภท และมีการรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องรับการ รักษาต่อเนื่องจะสามารถจัดยารับประทานยาด้วยตนเองได้ และมารับยาเพื่อรับประทานต่อเนื่อง ดังคำกล่าว

นักจิตวิทยา 1: “...แล้วก็ ความร่วมมือในการรักษา...ทานยาด้วย โรคจิตเภท.. ยังไงปัจจัยด้านยากี่มีผล การทานยาอย่างต่อเนื่องมีผลมากบางรายที่เราเห็นว่ายังมารักษาที่นี้ กิน ยาอย่างต่อเนื่อง ในอีกเป็นปีต่อมาเนี่ยก็ยังเห็นค้ำมาดูแล.....มารับยาได้เรื่อย ๆ ”

พยาบาลจิตเวช CHN2: “...มองจากประสบการณ์ตัวเองนะ...คิดว่าคนไข้จะไม่ กลับเป็นซ้ำ ตัวคนไข้จะต้องมีอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงตัวเองไม่ต้องไปพึ่งพาใคร ...ส่วนเจ้าหน้าที่คือ ดูแลเรื่องของการให้ได้รับยาต่อเนื่อง ทั้งกินยาและก็ฉีดยา ถ้าเจ้าหน้าที่ชุมชนก็คือการให้กำลังใจ”

พยาบาลจิตเวช CHN2: “...ตั้งแต่รู้ว่าเคลสนี้เป็นคนไข้จิตเภทที่เป็นครั้งแรกเนาะ... ที่เริ่มมาด้วยปัญหาคือคนไข้ไม่ยอมรับ..เพราะฉะนั้นต้องเน้นมิติเวทสร้างให้เขาตระหนักในตัวเอง..ให้ เขายอมรับการเจ็บป่วยให้ได้ เพราะยอมรับการเจ็บป่วยให้ได้เขาจะรู้จักแนวทางการดูแลตัวเอง”

ผู้ป่วย 9: “กินยาเอง เคี้ยวมันกิน...ม้อละ 8 เม็ด กินตลอด เข้า 4 แลง 4 บ่ขาด นี้.. ยาสิเบิด มื้อนี้...กะเลยมาเอา”

ผู้ป่วย 4: “ตอนนี้ดีขึ้น...แม่ก็เลยปล่อยให้มาคนเดียว.....” (มาตรวจตามนัดที่ โรงพยาบาล)

ผู้ป่วย 2: “ผม กินยาเอง จัดยาเอง...”

ผู้ป่วย 4: “ผมช่วยเหลือตนเองได้ครับ ทำอะไรด้วยตัวเองทั้งหมดครับโดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นเช่น อาบน้ำ แต่งตัวอะไรเอง เปลี่ยนเสื้อผ้าเอง ทำงาน ประกอบอาชีพ”

ผู้ป่วย 10: “ตอนนี้กะปกติละครับ ยากะกินเอง”

ผู้ป่วย 7: “บ่่วงครับ ผมกินแต่ยามกลางคืน กินแล้วกะนอน”

ประเด็นหลักที่ 2 ด้านการประสบปัญหาด้านจิตสังคม ผู้ป่วยประสบกับปัญหาทางจิตสังคมประกอบด้วย ภาวะเครียด การสูญเสีย ปัญหาในครอบครัว มีระบายความทุกข์ หรือการจัดการไม่เหมาะสม ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 การประสบกับภาวะเครียด ผู้ป่วยได้รับความกดดัน เกิดภาวะเครียดขาดทักษะในการจัดการความเครียด หรือระบายความทุกข์ไม่เหมาะสม ปรับตัวไม่ได้ ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ B: “ในประสบการณ์ที่ทำงานมา มันก็จะมีอยู่สี่ห้าข้อ ที่ทำให้คนไข้ กลับเป็นซ้ำ ...อันที่สี่ stress ค่ะ stress ของเขา วิฤติในชีวิต..บางที่เกิด lost ขึ้นมา..ปรับตัวไม่ได้ ทั้งที่กินยาอยู่ ก็ทำให้กำเริบได้”

นักสังคม 2: “ผู้ป่วยที่บอกว่าเครียดส่วนใหญ่...พอถามว่ามีเรื่องเครียดอะไร เขาก็ตอบว่า เขาจะเริ่มตันที่ปัญหาครอบครัว แต่พอลองลึกไปแล้วจะมีปัญหาในเรื่องของความสัมพันธ์ การสื่อสาร ปัญหาขัดแย้งกัน แต่ในส่วนใหญ่คนไข้ก็จะรวมปัญหาการเงิน เศรษฐกิจในครอบครัว เรื่องของการทำงานด้วย”

นักจิตวิทยา 1: “ในเคสมันมีเกือบทุกปัจจัยเลย เหล่าเป็นปัญหาเยอะมากในอีสาน เหล่าทำให้คนไข้เกิดอาการทั้งหลาย แต่ตัวหนึ่งที่จะเกิดก่อนคือบุคลิกภาพ ทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มนี้ก็จะยาก”

ผู้ป่วย 2: “กะมีเรื่องกดดันเข้ามา...จิตใจเฮาบ่ปกติ”

ผู้ป่วย 8: “เก็บกดแล้วมันไม่ได้ระบาย เครียด ครับ”

ประเด็นย่อยที่ 2 การประสบกับการสูญเสีย ผู้ป่วยสูญเสียบุคคลสำคัญ ความผิดหวังจากความรักหรือการงาน ดังคำกล่าว

มารดาผู้ป่วย 10: “กะเพื่อนเก็บเจียบ...กะบ่รู้ว่าเกิดจากหยัง... เพื่อนเก็บเจียบ เก็บโต อยู่คนเดียวประมาณ 3 เดือน...บ่คบคน เป็นเจียบ ก่อนหน้า...พอเสียไป..แล้วายกะเสีย ปีเดียวกัน... เพื่อนกะเลยเป็นมาเลย...เพื่อน..กะลืเสียใจ..กลับไปอยู่บ้านกะบ่คบกับคนสองสามเดือนบ่เว้นำไผ บ่ออกไปเล่นไสเป็นคล้ายๆ โรคซึมเศร้าละ”

ผู้ป่วย 6: “ตอนนั้น บ่ค่อยหวังปานใดดอก...แต่พอเวลาบ่มีเงินแล้วมันกะหดหู่ มันเคยได้เงินหลาย มันเฮ็ดง่าย มันมีความสุข มันพังลง แล้วมาเจองานโรงงานพลาสติกกะผิดหวังอีก”

บิดาผู้ป่วย2: “ผมได้ยินข่าวมาว่า เขาเสียใจเป็นผู้จัดการ แต่ว่ากะเลยมาเป็น...ต้นเหตุเรื่องเสียใจเสียหยิ่ง..มาน่า”

ผู้ป่วย6: “กะ...คิดว่าในโตจะของ..ปสำเร็จหยิ่งจกอย่างกับงานกับ..ความรัก..ที่มีเข้ามาในชีวิตปสำเร็จ... ตั้งใจว่า..อยากได้สิ่งนั้น..มันกะพังลงจ้งซี...”

ประเด็นย่อยที่ 3 การประสบกับปัญหาในครอบครัว ผู้ป่วยประสบกับภาวะกดดันจากสภาพ ภายในครอบครัวเป็นเวลายาวนานและหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง ความขัดแย้งระหว่างสมาชิก ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวชCHN2: “ปัจจัยที่ส่งผลผู้ป่วยจิตเวชในครั้งแรกรุนแรงและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ประสบการณ์ที่เห็นชัดเลยก็คือหนึ่งมันไม่ใช่ปัจจัยจากแอลกอฮอล์เป็นตัวหลัก แต่ปัจจัยตัวหลักก็คือความกดดันของปัญหาในครอบครัว พอเขามีปัญหาเสร็จ เขาก็ออกด้วยทางกินเหล้า สูบบุหรี่ เจอเพื่อนดีก็ดีไปมันก็จะช่วยกัน support เจอเพื่อนไม่ดี มามากินกับกู แก้กั่ม วงเหล้าคือวงที่สนทนาทำให้เขาได้ระบายความเครียด”

ผู้ป่วย7: “เคียด โมโห ให้พ่อให้แม่...แล้วกลับไปเล่นยาอีก ผู้สาว กะมีส่วน..เคียดให้ผู้สาว แล้วกลับไปเล่นยาอีกกะมีได้...กับเหล้าคือกัน...”

นักจิตวิทยา1: “เออ ไฮอีอี..... นี่มีผลเยอะเลยนะคะ.....ต่อให้คนไข้ ฉลาดปานใด...มันก็ไม่ดีได้.....เพราะว่าความเครียดสะสมอยู่ในบ้านตลอดเวลา....ไฮอีอี เป็นตัวแปรที่ทำให้อาการที่ดีแย่งได้เกือบทุกรายเลย”

พยาบาลจิตเวชCHO1: “..คนไข้บางคน พ่อแม่เลี้ยงดูตั้งแต่เด็กมา แบบตามใจ ขัดใจไม่ได้ พุดเซิง เหตุผล กับคนไข้ไม่ได้ คนไข้คุมตัวเองไม่ได้ก็จะมีปัญหา ถ้าเป็นพ่อแม่ที่ดูค่าคนไข้บ่อยๆ ก็เป็นสาเหตุ กระตุ้นให้ผู้ป่วย มีอาการกำเริบได้ พวกที่บ่นมากๆ จะทำให้คนไข้หงุดหงิด ควบคุม อารมณ์ตัวเองไม่ได้”

นักสังคม2: “สาเหตุที่กลับมาซ้ำ ส่วนใหญ่ถ้าผู้ป่วยมาถึงขั้นแอดมิทเลย...ก็จะมีปัญหาในเรื่องครอบครัวด้วย เรื่องการเงิน หนี้สินอย่างนี้...ก็มีส่วนที่จะกลับมาเป็นซ้ำ ปัญหาครอบครัว... ส่วนใหญ่ก็จะเป็นพ่อแม่พี่น้องที่กระตุ้นกัน มันก็จะเป็นในเรื่องของการสื่อสารในครอบครัว มีบ่อยเลยที่คนไข้จะเล่าให้ฟังว่า...แม่ชอบบ่นว่าคนไข้ไม่ทำอะไร บางรายก็จะประชดด้วยการดื่มเหล้า สูบบุหรี่”

ประเด็นหลักที่ 3 การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด ได้แก่ ยาบ้า สุรา ยาไอซ์ บุหรี่ เครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ ยาลดน้ำหนัก โดยไม่ตระหนักว่าสามารถกระตุ้นอาการทางจิตให้รุนแรงขึ้นจนกลับมากำเริบได้ ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ B: “ ในประสบการณ์ที่ทำงานมา มันก็จะมีอยู่ 4-5 ข้อ ที่ทำให้คนไข้กลับไปเป็นซ้ำ...อันที่สองเรื่องของ substance ซึ่งก็จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้อาการทางจิตเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อย ๆ มากบ้างน้อยบ้าง ที่เห็นอยู่บ่อยคือเรื่องของ stimulant เครื่องดื่มชูกำลัง..เอ็มร้อย ที่ใช้กันบ่อย ๆ ในการทำงาน... สุรา..ทำให้อาการทางจิตกำเริบ หรือแม้กระทั่งยาเสพติด.....ถ้าผู้ชายก็จะเป็นเรื่องกินเหล้า กินเบียร์....ถ้าเป็นผู้หญิงนี่คะ ไฮด์ออฟเฟคของยา อย่างหนึ่งคือกินแล้วทำให้อ้วน เขาจะไปกินยาลดน้ำหนัก นี่จะเห็นบ่อยละ ทำให้เขาเกิดอาการกำเริบขึ้นมา หยุดยาเราใช้ยาลดน้ำหนัก กาแฟลดน้ำหนัก โดยเฉพาะในพวกวัยรุ่น ผู้หญิงสาว ๆ..

พยาบาลCHO1: “ถ้าเป็นการรักษาซ้ำ พวก re-admits จะมีปัญหาอยู่ เพราะว่า เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนบางพื้นที่ ไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มากกระตุ้นคนไข้ได้ เช่น ร้านขายเหล้า ที่คนไข้สามารถไปซื้อดื่มได้ และ อสม.ในชุมชนไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง เพราะผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงอาการป่วยของตัวเอง ว่าเป็นโรคแล้วมีปัจจัยอะไรมากระตุ้นได้บ้าง ต้องดูแลอย่างไร”

นักร้องคม2: “ในบางครั้งคนที่กลับเป็นซ้ำสาเหตุก็เพราะดื่มเหล้า หรือพวกแอลกอฮอล์ ถึงแม้ว่าจะไม่กลับมาใช้ยาบ้าอีก เหล้าก็เป็นตัวกระตุ้น คนไข้เคยบอกว่า ผมไม่ได้กินเหล้าแต่ผม กินพยานาคเพ็ญพาก ซึ่งมีแอลกอฮอล์ แล้วในคนไข้หญิงบางคนก็กินยาตองที่เขาเชื่อว่ามีผลดี ต่อสุขภาพ แต่ในนั้นมันมีแอลกอฮอล์ นั่นก็ทำให้เขากลับมากำเริบซ้ำได้ แล้วก็ในเรื่องของ บุหรี่ คนไข้ที่กลับมาส่วนใหญ่ ญาติก็จะให้ข้อมูลว่า กลับไปสูบบุหรี่อีก บางรายก็จะกินกาแฟกระป๋อง วันละ 10 กระป๋อง ซึ่งมันเยอะมาก รวมทั้งพวกเอมร้อย เอ็มร้อยห้าสิบก็มี”

พยาบาลจิตเวชCHO2: “นอกจากเรื่องยาแล้วก็ ปัญหาอันดับรองลงมาก็จะเป็นเรื่องของยาเสพติด... สำคัญที่สุดก็คือเหล้า...ที่เจอบ่อย...หรือแม้แต่สารเสพติดที่บางคนก็ไม่ถือว่าเป็นยาเสพติดอย่างพวก.....กาแฟ เอ็มร้อย เอ็มร้อยห้าสิบก็จะเจอบ่อย เลยกลายเป็นสาเหตุปัจจัยกระตุ้นทำให้มีโอกาสที่จะกลับมารักษาซ้ำเพิ่มมากขึ้น”

ผู้ป่วย7: “...เป็นบ้าไปเลยครับ ตอนนั้นผมเล่นหลายครั้ง เล่นติดเข้า กลางวัน เย็น ทุกมื้อละครับ มื้อละ 3 เวลา กินข้าวแล้วกะสูบ สูบ คือบุหรี่นี่ละครับ เท็งยาไอซ์ เท็งยาบ้า เท็งทินเนอร์ แล้วกะเท็งเหล้า เท็งบุหรี่ยุ่มนเวียนอยู่ในร่างกายของผมผมกะเลยเลิกทุกอย่างเลยบัดนี้”

ผู้ป่วย10: “ใช้อยู่ครับ ยาบ้า บ่หลายครั้ง เทื่อละเม็ด สองเม็ดละแต่ว่าบ่ได้กินทุกมื้อ กินนำหมู้อ้อๆ บ่ได้ใช้ต่อเนื่อง เฉพาะเทศกาลหรือว่างานบุญ แต่เลิกละครับ”

ผู้ป่วย9: “.....เหล้า... แต่ก่อนกะกินอยู่ กินน้อยๆกะเมา มันกะกำหนดบ่ได้ บางเทื่อกะกินหลาย บางเทื่อกะกินน้อย...สูบบุหรี่...มื้อละ 3 เทื่อ”

ผู้ป่วย8: “ดื่มพวกกาแฟกระป๋อง...เข้ากับเย็น..”

ผู้ป่วย6: “กินตะเป็ปซี่ช่วงนั้น บางครั้งเครียดๆกะกิน 4-5 ขวด อยากให้ลี้มเวลามันลี้มบ่ได้”

มารดาผู้ป่วย10: “คาดว่าลิเกี่ยวกับม้าคะ สูบม้า...สูบหยัง คิดว่าลูกบ่เคยเป็นจั้งซี้้นนั้นหนา ละกะเว้าภาพหลอนไปทั่วทีบ...แล้วกะกินเหล้าหน้า”

ประเด็นหลักที่ 4 ด้านภาวะสุขภาพร่างกาย ผู้ป่วยประสบอาจมีอาการกำเริบซ้ำได้จากสาเหตุด้านภาวะสุขภาพร่างกาย ที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติที่เป็นอยู่ ประกอบด้วย การอดนอน การเจ็บป่วย การตั้งครรภ์ การได้รับยาหรือสาร ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ B: “เรื่องของอดนอน ถ้าคนไข้อดนอนหลาย ๆ วัน ติดต่อกัน ..เช่นบางทีมีงานไปลูกเลี้ยง...ก็กำเริบได้”

จิตแพทย์ E: “จะมีปัจจัยของโรคทางกาย เช่น โรคไทรอยด์ hyperthyroid ก็กระตุ้นให้กำเริบได้ ปัจจัยการตั้งครรภ์ รวมถึงยาเสริมอย่างอื่น

บิดาผู้ป่วย1: “สาเหตุ..มันก็ต้องเกี่ยวกับสมองเขาด้วยแหละ มันต้องเกี่ยวกับที่ว่า...กินยา ยาขาว จะทำลายสมองอย่างนี้”

ผู้ป่วย1: “คอลลาเจน ที่ทานได้ 60 แคปซูล วันหนึ่งเม็ดหนึ่งค่ะ ก่อนนอนค่ะ ทานทุกวันค่ะ ก็เห็นผลค่ะ 60 แคปซูล”

ประเด็นหลักที่ 5 ด้านธรรมชาติของโรคที่กำลังเข้ามาเอง ผู้ป่วยที่แม้ว่าจะได้รับการดูแลรักษาตามแผนและดำเนินชีวิตอย่างปกติ ก็มีโอกาสรื้อโรคจะมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ตามธรรมชาติของโรค ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ B: “เป็นเรื่องของธรรมชาติของโรคจิตเภทเอง บางทีอยู่ ๆ ก็เป็นขึ้นมาเอง”

พยาบาลจิตเวชSRI1: “แต่บางคนทั้งที่กินยาอยู่ประจำแล้วอาการกำเริบก็มีนะค่ะ”

นักจิตวิทยา2: “บางคนกลับมาเป็นซ้ำก็เพราะเขาที่ไม่ร่วมมือแต่บางคนร่วมมือดีทั้งๆ ที่กินยานะ...แต่ก็ยังกลับมาเป็นซ้ำอย่างนี้ค่ะ”

มารดา4: “ครั้งที่แล้ว แม้ที่ว่ากินยารักษา ตลอด..ก็ดี ๆ..อยู่..ก็เป็นอย่างนี้มาอีก...ได้มานอน โรงพยาบาล คุณหมอมว่ามันขึ้นมาเองก็ได้...”

ประเด็นหลักที่ 6 ด้านการสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ส่วนมากได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและหรือญาติ ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เริ่มต้นที่สังเกตเห็นอาการผิดปกติและพามารับการรักษา และเป็นผู้สนับสนุนและดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องตามแผนการรักษารวมทั้งช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน จนถึงระยะที่ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ ความสามารถของผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Purba et al., 2016)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลัก รับรู้ถึงการกลับเป็นซ้ำที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ มาจาก 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ การขาดผู้ดูแลหลัก ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหรือญาติ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และทัศนคติของครอบครัวฐานะยากจน ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 การขาดผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหลัก โดยอาศัยอยู่คนเดียวหรือ อยู่ในสถานการณ์ที่ญาติ สมาชิกครอบครัวมีภาระในการทำงานประกอบอาชีพ ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ให้สามารถดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่องใน ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวชCHN1: “...ในชุมชน..บางที่ขาดผู้ดูแลหลัก ไม่มีผู้ดูแลก็คือ ด้วยภาระ การงาน ที่เคยโทรประสานนี้ พ่อแม่ไปทำงาน ปู่ย่าตายายก็ทำงาน..อืม..มัน เรื่องเงินด้วยนะ..เคยนี้ คนใช้กลับไปอยู่บ้านคนเดียว ไม่กินยาต่อเนื่อง... เพราะว่าคิดว่าตัวเองหายดีแล้ว ...”

พยาบาลจิตเวช SRI1: “ประเด็นหลักๆ ก็คือ คนขึ้นอยู่กับคนแก่ หรือว่าญาติที่น้องต้องไปทำงานไม่ได้มีเวลามาดูแล กินยาก็ไม่รู้ว่ากินตอนไหน หรือว่าไปรับยาใหม่ หรือว่าไม่ยอมอยู่ให้เค้าเอายาให้กิน บางบ้านก็ไม่มีผู้ดูแลหลัก”

ประเด็นย่อยที่ 2 ความสามารถของผู้ดูแล ผู้ดูแลหรือญาติเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ร่วมมือและดูแลเองตามแผนการรักษาจนอาการดีขึ้น ไม่กำเริบซ้ำและใช้ชีวิตในสังคมได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลหรือญาติแต่ละคนมีความสามารถไม่เพียงพอ หรือยุ่งยากที่จะการกำกับติดตามดูแลผู้ป่วยให้ร่วมมือเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ เรื่องการรับประทานยาตามแผน การพา

มาตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ การส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวชCHN2: “...มองว่าก่อนที่ เราจะไปใช้สุรา กาแฟ หรืออะไรก็ตาม สิ่งที่เป็นสาเหตุหลักจริง ๆ ก็คือครอบครัวเขา กำลังใจในครอบครัว การดูแลในครอบครัว มีผลที่จะทำให้คนไข้กลับมารักษาซ้ำอีก อันนี้คือปัจจัยหลัก”

พยาบาลจิตเวชCHN2: “มันก็เป็นปัจจัยต่อเนื่องกันไปอีก ถ้าครอบครัวให้กำลังใจ ดี ดูแลดี มีปัจจัยยึดเหนี่ยว ที่ตัวเองเคยคิดจะไปดื่มเหล้า ดื่มสุรา ลูกเมียถึงไว้มันทำให้ตนเองสามารถที่จะหยุดปัจจัยกระตุ้นได้ แต่ถ้าเกิดครอบครัวไม่ดี ผู้ดูแลไม่ดื่มไม่มีใครยึด ไม่มีปัจจัยยึดเหนี่ยวก็ส่งผลถึงคนไข้”

พยาบาลจิตเวชCHN1: “... จริง ๆ แล้วในชุมชน เขาก็มีปัญหาการดูแล ก็คือว่า คนที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิต ส่วนมากก็จะเป็นผู้สูงอายุ”

พยาบาลจิตเวชOPD1: “ผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุ ... เมื่อพาคคนไข้มาไม่ได้ก็ให้ลูกคนอื่นพาคคนไข้มา ซึ่งพามาโรงพยาบาลแล้วก็เอาไปส่งที่บ้าน..เขาก็ไปทำงาน...แล้วจริง ๆ ก็มีปัญหาคือ อยู่บ้านเอายาให้กิน..คนไข้ก็ไม่กิน ไม่ร่วมมือ ไม่ฟัง คือศักยภาพในการดูแลไม่ได้”

นักจิตวิทยา2: “คือ คนไข้ครั้งแรก ญาติ...จะยังไม่รู้ในเรื่องของการดูแลเท่าไรหรือนัก เราอาจจะให้สุขภาพจิตศึกษาแต่ความเข้าใจอาจจะไม่ชัดเจน...การที่คนไข้สงบ นอนได้อะไรก็ได้ ก็เหมือนอาการดีขึ้น ก็คิดว่าไม่จำเป็นต้องกำชับอะไร หรือแม้กำชับแล้วถ้าคนไข้ไม่ยอม...มันก็ทำอะไรไม่ได้...ญาติบางครั้งก็อยู่ในภาวะที่ไร้พลังอำนาจที่จะจัดการกับลูกหลานที่เจ็บป่วย”

พี่ชายผู้ป่วย9 : “... บอกกะอยาก ว่า..เฮมันบ่มีกำลังลีต่านทาน...สมองเฮาร่างกายเฮมันบ่ดีอยู่แล้ว... ก่อนปีใหม่ผมเห็น...หลอยกินเหล้า..แต่กินยาอยู่ละ กินยาโรงพยาบาล”

ผู้ป่วย7: “พ่อแม่ เพื่อนกะประคอง มาเรื่อยๆ เพื่อนกะอยากให้ผมเลิก(ยาเสพติด) นั้นละ ช่วยบอกช่วยหยั่งเรื่อยๆ พามารักษาผมเฮ็ดงานดีกะมีส่วนว่าได้ยาเข้ามา...”

มารดาผู้ป่วย10: “..กินยา...ที่แรกเพื่อนกะปรับได้ดกคะ คุยกะบได้ บอกบังคับเพื่อนกะบอกแม่กินเองแม่ละ..เจ้า..จนว่า แม่กะลองกินเบ็ง...มันเป็นจิ้งไตยา..มากินแล้วปวดหัว คือเส้นประสาทตีแตกแหมคุณหมอ...แบบ มันหมุนอยู่ในประสาทเลย แม่กะเลยว่าอัยยาแสง กะเลยบ่อยากบังคับลูก กะพยายาม ให้น้องสาวบอกชอย...กลับจากโรงเรียนมาเปลี่ยนกันเบ็ง มาถามชอย กินยาไป กินยาไป แต่ว่าเพื่อนบ่ทันห่างจักเทื่อดอกเดียวหนิ”

พี่สาวผู้ป่วย5: “กินยา ...กินกะยากอยู่ ถ้ามันอยู่..เด...คั้นมันบ่ได้ย่างไปใส จังได้กินยา”

มารดาผู้ป่วย10: “แม่บอก..ลาวมีแต่ว่าเมื่อย เมื่อย..ล้า..ล้า กะเลยสิ..บ่ค่อยมันใจ..คั้นสิใช้สิสอยลูก..”

ผู้ป่วย4: “เคยขาดยามัย เคยครบ เหมือนกับลิ้มครบ วัน สองวัน ไม่ได้เยอะเท่าไรครับ แม่ช่วยบอก”

พี่สาวผู้ป่วย5: “มันจำบ่ได้ดก บได้กินเดือนนึงแล้วยามหด บได้พาไปเอายามา กิน..ยากนำยาย ป้าเบ็งอยู่ผู้เดียว..เบ็งแม่ เบ็งหลาน แม่กะเป็นสมองตีบ เลาเป็นอัมพฤกษ์ทางขวา”

บิดาผู้ป่วย 8: “บ่ดีขึ้นเลย หนักกว่าเก่าเริ่มอีก เพราะว่าแกสเอดตั้งแต่เล่น โทรคัพพ์อย่างเดียว ช่วงแรก ๆ นี่ยังซักผ้าล้างถ้วย กรอกน้ำ เฮ็ดช่วยพ่อช่วยแม่ ฮู้จักความ เก่งแต่ ว่าไต่ยีนคำเว้าผิดหูแม่กะเคียด กะเอาแต่ใจ...ซันบ่ได้เบิ่งโทรคัพพ์...กะเคียด. ใจฮ้าย...เวลาเคียดมากกะ ตีจะของ หงุดหงิดแล้วกะตีกำแพง ทำร้ายร่างกายเจ้าของจั่งสิละกะห้ามบ่ได้ ซันเล่นกะเล่นเกิน เล่นจนเคียดในโตไปเลย อยากรักษาอันนี้ อยากรักษาฮ้ายพี่ หละ”

ประเด็นย่อยที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล ญาติและผู้ดูแลขาด ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ การดูแล การรักษา การป้องกันการ กำเจ็บ ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช SRI1: “ถ้าเป็นรายแรกก็คือญาติจะไม่เข้าใจ...ไม่คิดว่าคนไข้จะ เป็นจิตเภท เขาก็จะคิดว่าเป็นไสยศาสตร์”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “..บ่รู้สาเหตุ..ว่ามันเป็นแบบใด..ว่าเป็นกรรมนั้นละ...ฟังแต่คำ พระว่าเป็นกรรม...เพื่อนว่า มันเป็นนำเขาเฮ็ดกรรมของเขา”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “แต่ที่แรก เป็นประสาท เป็นฮ้าย ต่า..เห็นไฟแสงอยู่ไสนิ ดิ่งไป โลด...ไปต่าเขาสารพัด ต่าว่าผัวเข้าไปอยู่ในบ้านเขา แต่ว่าผัวเพื่อนบ่มีผัวดอกเลยพาไปอาบน้ำนำ พระพุ้น บ้านคำสูตร อาบน้ำสองเที้ยแล้วเดิน..จั่งตีคืนมา...บ่ได้กินยาเต้.... ไปตรวจทางนี้ก่อน ทาง ไสยศาสตร์นั้นละ ไปทางวัดทางวาก่อนนั้นละ”

มารดาผู้ป่วย 10: “กะเพื่อนเก็บเงียบ...กะบ่รู้ว่าเกิดจากหยัง... เพื่อนเก็บเงียบ เก็บ โตอยู่คนเดียวประมาณ 3 เดือน...บ่คบคน เป็นเงียบ ก่อนหน้านี้...พ่อเสียไป...แล้วยายกะเสีย ปี เดียวกัน...เพื่อนกะเลยเป็นมาเลย...เพื่อน..กะสิเสียใจ..กลับไปอยู่บ้านกะบ่คบกับคนสองสามเดือนบ่ว่า นำไผ บ่ออกไปเล่นไสเป็นคล้ายๆ โรคซึมเศร้าละ”

บิดาผู้ป่วย 2: “คือการสิให้ช่วยกะ คือ อาการจั่งสิบ่เคยมีอยู่ในครอบครัว สิเบิ่ง จังได้ ..คั่นยามสิเป็นขึ้นมา..กะเว้านำกันบ่ได้ ..ยาจั่งสิ..กะ..ซันบ่กินยา...กะมัก ลือยากหงุดหงิด....กะ กะบอกอยาก...สู้น้ำพ่อโมโห...ละบัดนี้...ส่วนพ่อบ่มีหยัง.... กะมีแต่...ว่าสิมาหาหมอ พ่อสิพามา รักษา”

มารดาผู้ป่วย 10: “กะเลยเข้าใจว่าโรคอันนี้ มันเป็นโรคหรือเป็นความซี้คร้านบ้อ กินยาอันหนี เฮ็ดให้คนซี้คร้าน เพราะว่าเห็นหลายคนแล้ว ลังคนกะอย่างหลาย แต่ว่าผู้นี้บ่อย่าง...ไคอยู่.. บ่ปรบวงเงินอียังแม่ดอก....”

นักจิตวิทยา 1: “ปัจจัยครอบครัวสำคัญในเรื่องการเอาไปรักษา ความเข้าใจ กระบวน- การ การดูแลรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพราะว่ามันจะมีเรื่องของความสัมพันธ์บางอย่าง เช่น พ่อแม่ที่ weak หน่อยไม่สามารถจัดการควบคุมลูกได้ จะไม่ค่อยมั่นใจในการที่จะดูแลคนไข้ เวลาไป กินเหล้า ก็ ไม่กล้าว่า ไม่มีวิธีจัดการกับอาการตรงนี้ หรือแม้กระทั่งเป็นตัวปัจจัยที่ทำให้เครียดเสียเอง เช่น ดุด่า ตลอด คนไข้ก็เครียดตลอดเวลา ไม่ได้เข้าใจในอาการ”

นักสังคม 2: “..ในความรู้ความเข้าใจของญาติ...เขาไม่ได้ตระหนักว่าเหล่าทำให้ คนไข้มีอาการรุนแรงแบบนี้”

นักสังคม2: “ญาติยังไม่เข้าใจการดูแลคนไข้หรือการจัดการพฤติกรรมของคนไข้ เบื้องต้น..ว่าจะต้องทำยังไง...พอญาติไม่รู้ญาติก็จะหวาดกลัวว่า...ถ้าไปยุ่งกับคนไข้มาก ๆ จะเกิด ก้าวร้าวหรือรุนแรงขึ้นมา อีกส่วนหนึ่ง...พอรู้ว่าคนไข้ป่วยทางด้านจิตเวชก็จะไม่ค่อยให้คนไข้ทำอะไร ทั้ง ๆ ที่คนไข้จิตเวชร่างกายแข็งแรงสามารถทำอะไรได้ ทำงานบ้านได้ แต่ญาติก็จะมองคนไข้จิตเวช แบบอ่อนแอ ทำอะไรไม่ได้เลย...ให้อยู่เฉยๆ ไปเลย ไม่อยากให้เครียด ญาติยังรู้ไม่หมดว่าการดูแล คนไข้ จะต้องดูแลแบบไหน ให้ทำกิจกรรมบ้าง” คสม

ในทางกลับกันหากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท มีความสามารถในการดูแลที่ดีจะสามารถช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วย ดังคำกล่าว

ผู้ป่วย 10: “แม่ครับ เป็นคนดูแล แม่เฮ็ดกับข้าวกับน้ำให้กิน พากินยา บอกเตือน..ว่าอย่ากินเหล้า..อย่าทำแบบนี้ แบบนี้ ให้ทำตัวแบบไหน อะไรอย่างนี้”

ผู้ป่วย 7: “พ่อแม่ พี่น่ะประคอง มาเรื่อยๆ พี่น่ะอยากให้ผมเลิก(ยาเสพติด) นั้นละ ช่วยบอกช่วยหยิ่งเรื่อยๆ พามาปรึกษาผมเฮ็ดงานดีก็มีส่วนว่าได้ยาเข้ามา...”

พี่ชายผู้ป่วย 9: “ผมบังคับตัว ผมเห็นผีบ้าทั้งหลาย..มันลึบใหญ่ เล็บยาว มันคือ ผีบ้าสั้นดอก กะบอกว่าเล็บตีน เล็บมือ ล้างให้มันสะอาด เพราะว่าผมว่าเล็บตีนเล็บมือมันสะอาด คน กะปริงเกียจ ตัดผมกะอย่าเฮ็ดให้มันคือผู้เฒ่าหลาย บอกไปจิ้งซีละ ให้มันคือคนหนุ่มตลอด”

บิดาผู้ป่วย 1: “คั้นในหมวดของจิตเภท มันเกี่ยวกับการแยกตัว การหุแหว่ พุดคนเดียว แล้วก็...ไม่รับผิดชอบในของส่วน....ตัวอย่างนี้ครับ การแยกตัว...อะไรอย่างนี้มันตรงประเด็นกับ ที่เรารู้...เรารู้...เราต้องดูแลกันและกัน ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษครับ ไม่กระทบจิตใจมาก จนเกินไป ต้องรู้ต้องแยกกว่าอันไหนหนัก...อันไหนเบา ถนอมจิตใจ... ให้กำลังใจนะดีที่สุด”

นักจิตวิทยา 1: “ถ้า.....ญาติเข้าใจ มันก็ลดปัจจัยเสี่ยงได้เลยเยอะ...เข้าใจในแง่ของการดูแล เข้าใจในเรื่องของกระบวนการรักษาแล้วก็มีความเข้าใจทางอารมณ์ของคนในครอบครัว”

พยาบาลจิตเวช CHN2: “มันก็เป็นปัจจัยต่อเนื่องกันไปอีก ถ้าครอบครัวให้กำลังใจดี ดูแลดี มีปัจจัยยึดเหนี่ยว ที่ตัวเองเคยคิดจะไปตีแม่เหล่า ตีเมีย ลูกเมียตั้งไว้มันทำให้ตนเองสามารถที่จะหยุดปัจจัยกระตุ้นได้ แต่ถ้าเกิดครอบครัวไม่ดี ผู้ดูแลไม่ดีมันไม่มีใครยึด เหนี่ยวก็ส่งผลถึงคนไข้”

ประเด็นย่อยที่ 4 ทศนคติต่อการป่วยทางจิต ในระยะแรกที่ทั้งผู้ป่วยและญาติต่างมีความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในด้านลบ เช่น อับอาย ไม่กล้ายอมรับว่าป่วยทางจิต และปฏิเสธการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจึงไม่ร่วมมือมือในการรักษา หรือญาติไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ดังคำกล่าว

ผู้ป่วย 2: “อายครับ..... บ่คิดบ่ฝันว่าลิเป็น....”

ผู้ป่วย 10: “กะ...อยากอายอยู่ครับ”

ผู้ป่วย 6: “อ้อ...ยานี้..กินบ่ได้ดอก...เคยกิน...บ่เป็นอียัง..”

ผู้ป่วย 1: “ไม่กิน...กินยาไม่ได้ช่วยอะไร....”

บิดาผู้ป่วย 2: “มาเป็น(ป่วยทางจิต) นี กะ อายอายอยู่”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “.....แต่...กะอายอายอยู่แล้วนะ...มันไปขอเงินเพื่อน เห็นหน้าๆ ใต๋บ่ได้เค้ขอเงิน...กะอายอายนั่นแหละยามมันขอเงิน คะเจ้า.... พี่น่ะเว้าให้.....”

บิดาผู้ป่วย 1: “ก็.....น้องเขาไม่ยอมกินยา เขาบอกว่าเขาไม่ได้เป็นอะไร เขาปกติ...”

พยาบาลจิตเวช SRI1 “ส่วนมากคนไข้ไม่คิดว่าตัวเองป่วย”

นักสังคม 1: “ตัวผู้ป่วยเอง บางทีคือตัวคนไข้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย อันที่ 2 คือตัวครอบครัวเอง ก็จะมีบางครอบครัวที่ ปกป้องคนไข้ ไม่ยอมรับว่าคนไข้ป่วยมันก็เลยมีผลต่อการดูแลคนไข้ตามหลัง เขามองว่ามันเป็นเรื่องปกติแล้วว่าจะมาถึงเราอาการก็เป็นมากแล้ว ครอบครัวจะมี 2 แบบคือ แบบที่ 1 ปกป้อง แบบที่ 2 คือปฏิเสธ หมายถึงไม่เอาคนไข้แล้ว ไม่อยากดูแล แล้วในส่วนของสังคมที่มองคือ สังคมมักจะให้ตราบาปกับเขา”

นักจิตวิทยา 1: “ในบางรายนะ...มาจากครอบครัวที่มีทัศนคติเชิงลบ ในด้านจิตเวช เลยมองว่ามันเป็นเรื่องของความอ่อนแอ คือ กลุ่มที่มัน คือลดทอนการมีคุณค่าของคนนะ มันทัศนคติที่ว่าเราป่วยได้ ครอบครัวมามองมูมเม้นแล้วก็ให้กำลังใจ ไม่ด่าอย่างเดียวนะ”

พยาบาลจิตเวช CHO2: ชุมชนก็จะมีปัญหาที่เจอบ่อย ๆ พวก stigma พวกเกิดตราบาป เมื่อคนไข้มีอาการทางจิตแล้วชุมชนพยายามผลักไส ไม่ให้คนไข้อยู่ในชุมชน”

หากครอบครัวมีทัศนคติในทางบวก มีการยอมรับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลและญาติ จะช่วยพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษา พร้อมทั้งให้การดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ดังคำกล่าว

บิดาผู้ป่วย 1: ผมก็ยังบอกกับลูกสาวอยู่ว่า หนูสู้ๆนะลูก ไม่ต้องท้อถอย คนเราเป็นได้ก็หายได้ บอกลูกทุกวันครับ หนูอย่าคิดมากลูก ตั้งสติให้ดี อย่าไปคิดเรื่องอื่นอะไรก็ช่างที่มันรกสมองนะให้วางปล่อยไปลูก ...ให้วางซะปล่อยซะเราก็มาร เริ่มใหม่ไม่มีปัญหา เรื่องการเรียนหนูก็ไม่ต้องคิด การเรียนไม่สายนะลูก”

บิดาผู้ป่วย 1: “อยากดูแลลูกให้ดีที่สุด...ก็ต้องพามาหาคุณหมอนี้แหละ รักษาแผนปัจจุบัน... ไปขจัดปัดเป่าอะไรอย่างนี้ครับ ไปดูดวงโชคชะตา ไปดูราศีว่า ถ้าเขาทักเขาท้วงอะไรก็ทำครับ ..ก็ดีครับ ดีขึ้นครับ เราต้องรักษาทั้งสองฝ่ายทั้งสองทางช่วยกัน เพื่อที่ว่าให้เราสบายใจขึ้นครับ”

จิตแพทย์ D: “ช่วงหลังๆ ทัศนคติของครอบครัวต่อคนไข้โรคจิตก็ดีขึ้นนะ จากที่มองว่าเป็น stigma ครับ หลังๆ เขาก็ยอมรับได้ว่านี่เป็นอาการป่วย และห่วงใยคนไข้มากขึ้นเพราะแต่ก่อนก็จะไปลாம் ไปขัง ตอนนีก็ให้อยู่บ้านเดียวกันแล้วก็ ช่วยดูแลให้กินยามากขึ้นเพราะว่าไม่ได้ blame คนไข้ว่า เป็นตัวปัญหา ละก็ยอมรับว่าเป็นการป่วยที่ต้องช่วยดูแลรักษา”

จิตแพทย์ B “หมอมองว่า สังคมเปิดกว้างมากขึ้น นะคะทุกวันนี้ เขายอมรับคนไข้เราได้ คนไข้โรคจิตเนี่ย...เมื่อก่อนเก็บเอาไว้หลังบ้าน.... ลாம்ไว้.....ปกปิดไว้.....หลัง ๆ เนี่ย.....ชุมชนยอมรับและก็ช่วย.....ร่วมมือในการที่จะช่วยดูแลเค้า.....ในการที่จะไม่ให้เขาเป็นซ้ำ....ทำยังไงจะทำให้เขายืนอยู่ได้ในส่วนหนึ่งของชุมชนนั้นอย่างเช่น เปิดโอกาสให้เขาทำงาน ในหลายที่ที่ได้มีประสบการณ์ก็คือ เค้ายอมรับได้ที่เห็นคนไข้เดินไปเดินมา มาช่วยงานบุญไปวัด และก็ยอมรับ. จ้างคนไข้ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ในหมู่บ้าน.....หางานให้ทำช่วยๆ กัน ก็มันเป็นอันหนึ่งที่เห็นคุณค่า ของคนไข้..... แม้ว่าป่วยนะ รักษามาแล้วนะ ก็คุณก็ยังเป็นสมาชิกของชุมชน มีกองทุนหมู่บ้านที่ช่วยเค้า เวลาที่มีปัญหา..... เช่น ไม่มีค่ารถหมู่บ้านก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่นำมาเค้ามา”

ประเด็นย่อยที่ 5 ฐานะยากจน ผู้ป่วยและญาติมีฐานะยากจน อยู่ในพื้นที่ชนบท ห่างไกล ขาดแคลนปัจจัยอำนวยความสะดวก และยากลำบากต่อการมารับการรักษาต่อเนื่อง ดังคำกล่าว

จิตแพทย์ C: “ปัจจัย psychosocial ก็เรื่องความยากลำบากของการครองชีวิต การมาหาหมอลำบาก ธุรกินदार ไม่มีค่าใช้จ่าย”

พยาบาลจิตเวช SRI1: “ญาติก็จะบอกว่ามาไม่ได้หรอก ไม่มีเงิน บางคนก็จะรอให้เงินผู้สูงอายุออกก่อน ถึงจะมีค่าธรรมเนียม เพราะเวลามาแต่ละครั้งก็เสียค่าใช้จ่ายเยอะ เราก็บอกว่ามาครั้งแรกก่อน มาหาคุณหมอก่อนนะ แล้วคราวต่อไปให้คุณหมอส่งไปเอายาใกล้บ้าน”

พยาบาลจิตเวช SRI2: “ภาวะเศรษฐกิจก็มีผลกับเขานะคะ ที่เห็นส่วนมากก็คือยากจนแล้วป่วย แล้วก็ไม่มีเงินพามา เวลามีอาการ ห่วงงาน ไม่มีเวลาพาคนไข้มา”

พยาบาลจิตเวช SRI1: “ส่วนมากผู้ดูแลมีอายุมาก ฐานะยากจน เช่น เบอร์โทรศัพท์ตัวเอง ก็ไม่มี บางทีให้เบอร์คนอื่นไว้ โทรไปก็ไม่ใช้...เขาก็เข้าถึงการสื่อสาร หรือออนไลน์ค่อนข้างที่จะยาก”

บิดาผู้ป่วย 8 : ลูกป่วย พ่อกะบ่ได้เฮ็ดงาน แม่ขาดงานกะบ่ได้ มีแต่พ่อผู้เดียวแลน...หนึ่งบ้านเช่าข้าวซื้อไข่..บ่มีสมบัติอียัง มากะต้องมารถเมลล์ แม่กะหาผู้เดียว น่องกะเรียน พ่อกะเที่ยวไปเที่ยวมา..จั่งสี่ละ เขาจั่งไปหยั่งกะหอบไปนำ ช่นเอาไปนำแกกะบ่ปกติ ลังเทียแกกะผลอ หล่อยหนีไป ลังเทียกะต้องนำกัน ลำบาก...”

ผู้ป่วย 2: “เคยทำงานอยู่ครับ ทำงานโรงงานครับ ตอนนี้งานอยู่”

ผู้ป่วย 10: “บ่มีรายได้ ละกะบ่มีเงินซื้อเสื้อผ้าใหม่ ใช้ตะผืนเก่า....”

บิดาผู้ป่วย 1 : “รายได้..กะบ่หลายดอกครับ เดือนหนึ่งกะ เจ้พันดแปดพัน หนึ่งสิบล..กะมี อยู่บ่บ่ละครับ แต่พ่อยู่ไปได้”

พี่สาวผู้ป่วย 5: ตะก็เพื่อนไปทำงานได้..หมั่น....ทำงานก่อสร้างในขอนแก่น สร้างบ้าน สร้างเฮียน...ได้วันละสามร้อย..แต่ว่าบัดนี้...มาเป็นแบบนี้ เลยบ่ได้ทำงานแล้ว...”

พี่สาวผู้ป่วย 5: “นายกเทศบาล...เพื่อนกะห้อมามาแนะหาน้ำตาลเน้อห้อยังมาให้...ยายกะได้เงิน(สวัสดิการผู้สูงอายุ) ได้ไป(สวัสดิการแห่งรัฐ) ไปรดของหลวง ฮอดวันที่ 1 ที่ 2 กะไปรดเอาน้ำปลา น้ำมันพืช ผงชูรส...ของในครัว กะได้นำเขาอยู่ ลงทะเบียนนำเงิน เพื่อนกะเพิ่มเงินให้อยู่ เพื่อนกะดีฮ้าย”

3. การอภิปรายผล

การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก นั้นไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่เป็นผลร่วมกันจากหลายๆ ปัจจัย โดยมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

1. ประเด็นหลักด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในระหว่างการใช้ยา มีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา เนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการใช้ยา คิดว่าโรคหายดีแล้ว มีการลืม ผู้ป่วยไม่อยู่บ้าน และยาหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดย Neiman และคณะ (2017) ในผู้ป่วยชาวอเมริกัน สาเหตุที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ การลืม ยาหมด การไม่อยู่ที่บ้าน การประหยัดค่าใช้จ่าย มีอาการข้างเคียง

ยุ่งยาก การรักษาไม่ได้ผล ไม่ตระหนักว่าจำเป็น ไม่ชอบใช้ยา นอกจากนี้ การเกิดอาการข้างเคียงจาก ยารักษาโรคจิตชนิด EPS หรือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (drug adverse) จากยารักษาโรคจิตที่ได้รับบางชนิดยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ความร่วมมือ (Higashi et al., 1013) เพราะสร้างประสบการณ์ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ได้รับการรักษาตามสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ “หรือสิทธิบัตรทอง” (Phanthunane et al., 2011) และมีฐานะยากจน ดังนั้นการดูแลรักษาที่ได้รับตามระบบบริการจึงอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารักษาโรคจิตรุ่นใหม่ (second generation antipsychotics) หรือยาชนิดอื่นซึ่งยาจิตเวชรุ่นใหม่มีแนวโน้มเกิดผลข้างเคียงแบบ EPS น้อยลง แต่มีราคาสูงกว่ายาเดิม (เกษม ตันติผลาชีวะ และคณะ, 2558) เมื่อเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน จึงไม่ให้ความสำคัญต่อการรับประทายตามแผนการรักษา และหยุดยา รวมทั้งมีความไม่เข้าใจในการใช้ยาจึง การปรับลดขนาดยาที่รับประทายด้วยตนเอง (ราตรี เครือวรรณ, 2553; Robinson et al., 2002; Suttajit et al., 2010; Velligan et al., 2017) นอกจากนี้ ผู้ป่วยในระยะ 1-2 ปี มัก ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่รับรู้ว่าการทางจิตที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา การขาดการรับรู้ และขาดยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งการมีทัศนคติต่อการรักษาในทางลบ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Brain et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Medic และคณะ (Medic et al., 2013) ที่พบว่าอาการของโรคจิตเภทมีความรุนแรง และการไม่รับรู้และไม่ยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองก็เป็นปัจจัยที่ยับยั้งหรือลดทอนความสามารถของผู้ป่วยในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องแผนการรักษา เช่น การรับประทายอย่างต่อเนื่อง มาตรวจตามนัด ปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยจะได้รับผลดีคือ อาการทางจิตสงบ หรือหายจากโรคจิตเภท มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและมีทัศนคติต่อการรักษาในทางที่ดีขึ้น (ชยานันท์ แสงปาก และคณะ, 2560) เกิดความเข้าใจและการยอมรับว่าภาวะสุขภาพของตนเองมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา (Mert et al., 2015) ดังนั้นผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือเพื่อดูแลตนเองตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง เช่น สามารถจัดยาประทายด้วยตนเองได้ สามารถมาโรงพยาบาลตามนัดได้ด้วยตนเอง สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ตามปกติ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา จึงเป็นปัจจัยป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยได้ (Sariah et al., 2014)

โดยสรุป ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ป่วยในเชิงบวก คือการปกป้องผู้ป่วยจากอาการทางจิตกำเริบ ผลในเชิงลบคือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า ปัญหาด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำที่พบได้มากที่สุด และยังเป็นตัวแปรที่ทำนายการกำเริบซ้ำโดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Olivares et al., 2013; Higashi et al., 2013; Mert et al, 2015; Xiao et al., 2015) ดังนั้น การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นประเด็นความสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จ

ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (นันทวิช สิริธีร์รักษ์และคณะ, 2558; Mert et al., 2015; Sariah et al., 2014)

2. ประเด็นหลักด้านการประสพกับปัญหาด้านจิตสังคม พบว่าในระหว่างการรักษา ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกจากการประสพกับปัญหาทางจิตสังคม ประกอบด้วย 1) *ผู้ป่วยมีภาวะเครียด* หรือได้รับความกดดันจากสภาพแวดล้อมและสังคมรอบตัว ขาดทักษะในการจัดการความเครียด หรือระบายความทุกข์ที่ไม่เหมาะสม ปรับตัวไม่ได้ อันเนื่องมาจากความบกพร่องของทักษะการสื่อสาร การทำบทบาทหน้าที่การทำงาน/การเรียน การทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผลกระทบจากอาการทางลบ (negative symptoms) (Wu et al., 2017) รวมทั้งความเปราะบางหรือจุดอ่อนบางประการของบุคคลที่มีอยู่ก่อนแล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันหรือมีความเครียด จึงใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Delawalla, 2010) นอกจากนี้ ผู้ป่วยมี 2) *การประสพกับการสูญเสีย* ได้แก่การ สูญเสียบุคคลสำคัญ ญาติที่ใกล้ชิด เช่น บิดา มีความผิดหวังจากความรักหรือหน้าที่การทำงาน ซึ่งการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความอ่อนไหวอย่างมากและอ่อนแออย่างมากต่อผลกระทบเชิงลบของปัจจัยความเครียดแม้เพียงเล็กน้อย การประสพกับเหตุการณ์ที่กดดัน เครียดในชีวิต การสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต จึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคทางจิตเวชได้ (N.J.B. et al., 2008) ในด้าน 3) *การประสพกับปัญหาภายในครอบครัว* ผู้ป่วยประสพกับภาวะกดดันจากสภาพภายในครอบครัว เป็นเวลายาวนานและหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง ความขัดแย้งระหว่างสมาชิก สอดคล้องซึ่งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (Koutra et al., 2014; Gurak & Weisman de Mamani, 2015) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัวที่มีการตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ แสดงความรู้สึกต่อกันอย่างไม่เป็นมิตร และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของโรค

โดยสรุป การที่ผู้ป่วยประสพกับปัญหาทางจิตสังคม อันได้แก่ ภาวะเครียด หรือความกดดัน การสูญเสียบุคคลสำคัญ รวมทั้งปัญหาในครอบครัว ดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุที่นำมาสู่อาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำได้ สอดคล้องซึ่งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (Sariah et al., 2014) ที่พบว่าผู้ป่วยหลายคนประสพเหตุการณ์ในชีวิตอยู่อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งมีส่วนให้เกิดการกำเริบ เช่น การสูญเสียลูกในช่วงการคลอด การคลอดก่อนกำหนด การโอรส และการถูกตำหนิวิจารณ์จากผู้ดูแล และการศึกษาของ (N.J.B. et al., 2008) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความอ่อนไหวอย่างมาก และมีความอ่อนแออย่างมาก ต่อผลกระทบเชิงลบของปัจจัยความเครียดแม้เพียงเล็กน้อย การประสพกับเหตุการณ์ที่สร้างภาวะเครียดในชีวิต (stressful life events) จึงมีความสัมพันธ์กับกำเริบซ้ำของโรคทางจิตเวช โดยทั่วไปมักพบเหตุการณ์ของภาวะเครียดในชีวิตในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการจัดการกับภาวะเครียด อารมณ์โกรธ การสื่อสารในครอบครัว เพื่อให้สามารถปรับตัวและรับมือกับปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ประเด็นหลักด้านการใช้สารเสพติด

การเกิดโรคจิตเภทร่วมกับโรคติดสารเสพติดมีความสำคัญอย่างมากเพราะมีผลกระทบในด้านลบต่อการดำเนินโรค ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา และการพยากรณ์โรค ผลกระทบประกอบด้วย อายุที่เริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภทเร็วกว่า อาการกำเริบบ่อยกว่า การเข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อยกว่า มีการปรับตัวต่อสังคมยากกว่า มี

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่า มีความเสี่ยงต่อการไม่ตอบสนองด้วยยารักษาโรคจิตมากกว่า การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและการฆ่าตัวตายมากกว่า และมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงกว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงโรคเดียว (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) จากผลการศึกษาผู้ป่วยมีประสบการณ์เคยใช้สารเสพติด หลายชนิด เช่น ยาบ้า สุรา ยาไอซ์ บุหรี่ และสารกระตุ้นที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง กาแฟ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร มณีกานนท์ และคณะ (Somjit et al., 2014) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวช (รวมทั้งโรคจิตเภท) มีความชุกของการใช้สารเสพติด ดังนี้ ความชุกช่วงชีวิตร้อยละ 86.2 และความชุกช่วง 3 เดือน ร้อยละ 47.9 สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้า และกาแฟ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงร้อยละ 13.7 สารเสพติดที่ใช้แบบเสี่ยงสูงเรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ ยาสูบ สุรา กาแฟ และยาบ้า เหตุผลการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ คือ เพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคม อยากรักษาอาการเบื่อ เซ็ง เหงา และอยากรักษาอาการข้างเคียงของยาจิตเวช ผลจากการใช้สารเสพติดพบว่าภายหลังจากการเสพจะมีภาวะเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ โดยฤทธิ์ของสารเสพติดจะแตกต่างกันไป เช่น แอมเฟตามีน หรือยาบ้า จะเกิดอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว หลงผิด หวาดระแวง พุดคุยไม่รู้เรื่อง ประสาทหลอน ความจำเสื่อมและมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของไทย (Sooksompong et al., 2016) พบว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่เสพสารเสพติดจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 การใช้สารเสพติดที่มากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นและยากต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ส่งผลให้มีการกลับเป็นซ้ำและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องผลการศึกษาของ Alvarez-Jimenez และคณะที่ (Olivares et al., 2013) ทำการศึกษาแบบ systematic review and meta-analysis ในรายงานการวิจัยที่ใช้รูปแบบการศึกษาระยะยาว พบว่าการใช้สารเสพติดจะส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ และการกำเริบซ้ำยังส่งผลกระทบต่ออันตรายแรงต่อผู้ป่วยจิตเภท คือ มีผลการบำบัดรักษาที่ไม่ดี มีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ สมรรถนะด้านการรู้คิดเสื่อมถอย และคุณภาพชีวิตลดลง

4. ประเด็นหลักด้านภาวะสุขภาพร่างกาย

การกำเริบของโรคจิตเภทมีสาเหตุมาจากหลากหลายปัจจัยที่ร่วมกัน ทั้งอิทธิพลของปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยาและปัจจัยด้านสังคม จากผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยไปจากภาวะปกติที่เป็นอยู่ ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ ประกอบด้วย การอดนอน การเจ็บป่วยทางกาย เช่น ภาวะ hyperthyroidism การตั้งครรภ์ การได้รับยาหรือสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ อิทธิพลจากภาวะดังกล่าวทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาบางอย่างในร่างกาย เหนื่อยง่ายให้เกิดอาการทางจิตเฉียบพลันได้ เช่น ภาวะ hyperthyroidism โดย Snaboon และคณะ ได้รายงาน ถึงผู้ป่วย hyperthyroidism ที่เกิดอาการทางจิตเฉียบพลันหรือโรคจิตเภท โดยยืนยันผลการศึกษาที่ภายหลังกระบวนการตรวจประเมินโดยละเอียด ผู้ป่วยหญิง วัย 40 ปี ถูกพาตัวไปที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการตื่นตระหนก หวาดระแวงมี ภาพหลอน ก่อนมา 6 เดือนมีความหิวกระหายมากขึ้น แต่น้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ หงุดหงิดเป็นครั้งคราว โดยไม่มีเหตุผลชัดเจน 3 เดือนก่อนมาเริ่มมีความวิตกกังวล หงุดหงิด กระสับกระส่าย อารมณ์หงุดหงิดมากขึ้น มีความคิดหวาดระแวงและมีประสาทหลอนทางหู เธอมี

สุขภาพแข็งแรง ทำงานได้ดีและมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดี เมื่อ 5 ปีก่อนนี้ป่วยเป็น Graves' disease ได้รับการรักษาจนหายและพักการรักษามาแล้ว 2 ปี ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด (Snabboon et al., 2009) นอกจากนี้หากผู้ป่วยถูกรบกวนการนอนหลับ (sleep disturbance) อดนอน หรือ มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ก็มีความเสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบ การศึกษาของ Chan และคณะ (Chan et al., 2017) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 30-80 จะมีภาวะรบกวนการหลับ (sleep disturbance) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการบวกและอาการลบ การรู้คิดบกพร่อง ผลการรักษา แย่ลง และคุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาของ Chemerinski และคณะ พบว่าการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับเป็นอาการเด่น ในระยะก่อนอาการทางจิตกำเริบ (prodrome) ผลการศึกษาคุณภาพการนอนของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้หยุดใช้ยารักษาโรคจิต โดยติดตามในระยะ 1-3 สัปดาห์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงคุณภาพการนอนหลับในช่วงสัปดาห์ที่ 3 มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการบวกและพยากรณ์การกำเริบของอาการทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ (Chemerinski et al., 2002) สำหรับประเด็นด้าน *การตั้งครรภ์* นั้นในช่วงที่มีการตั้งครรภ์และช่วงหลังคลอดผู้หญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและด้านจิตสังคมเกิดขึ้นอย่างมาก ผู้หญิงที่เป็นโรคจิตเภทจึงอาจประสบปัญหาในปรับตัวกับสภาพธรรมชาติของการตั้งครรภ์และภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การศึกษาของ Ross แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตกำเริบทั้งในระหว่างการตั้งครรภ์ และในระยะหลังคลอด สูงถึง 3.89 เท่า และ 7.86 เท่า ตามลำดับ (Ross, 2010)

5. ประเด็นหลักด้านธรรมชาติของโรคที่กำเริบขึ้นมาเองได้

ตามธรรมชาติของโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาตามแผนและดำเนินชีวิตอย่างปกติ มีโอกาสที่โรคจะกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้ อันเนื่องมาจากความผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด (neurocognitive dysfunctions) ความผิดปกติของสมองส่วนหน้า (frontal dysfunction) และภาวะ dopamine hyperactivity (HUI, 2011) ซึ่งมีการศึกษาติดตามอัตราการกำเริบของโรคในผู้ป่วยจิตเภทอย่างกว้างขวางทั้งในวิธีการศึกษาตามธรรมชาติและการศึกษาแบบการควบคุม (Naturalistic and controlled studies) แม้ว่าการศึกษาจะมีการให้นิยามการกำเริบของโรคและระยะเวลาในการศึกษาแตกต่างกัน ความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคจิตเภทนั้นยังคงอยู่ในระดับสูงอยู่ เช่น การศึกษาตามธรรมชาติโดยติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 5 ปี หลังจากมีอาการครั้งแรกหรือหลังจากรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก พบว่าโรคจิตเภทมีอัตราการกำเริบรวม (cumulative relapse rate) เท่ากับร้อยละ 70-82 ในห้องปฏิบัติการศึกษาตามธรรมชาติระยะยาวในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก (first-episode psychosis) จำนวน 93 คน พบว่ามีอัตราการกำเริบซ้ำในปีที่ 1 ร้อยละ 21 ปีที่ 2 ร้อยละ 33 และปีที่ 3 ร้อยละ 40 ตามลำดับ แต่ข้อสรุปจากการศึกษาตามธรรมชาตินี้ยังไม่ได้ตัดประเด็นที่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีการหยุดยาด้วย และ Hui และคณะ (HUI, 2011) จึงได้ศึกษาต่อไป ในแบบ randomized controlled study ถึงปัจจัยการทำนายการกำเริบระหว่างกลุ่มผู้ป่วย first-episode psychosis 178 ราย ที่มีการรักษาด้วยยาต่อเนื่องกับกลุ่มที่หยุดยา (ให้ยาหลอก) พบว่า กลุ่มที่รักษาด้วยยาต่อเนื่องมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 41 กลุ่มที่หยุดยา มีอัตราการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 79 ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการกำเริบสำหรับทั้งสองกลุ่ม คือความผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด (neurocognitive dysfunctions) ในขณะที่ความผิดปกติของสมอง

ส่วนหน้า (signs frontal dysfunction) และภาวะ dopamine hyperactivity เป็นปัจจัยที่ทำนาย การกำเริบของโรคในกลุ่มไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องและ sign of cognitive disinhibition เป็นปัจจัย ที่ทำนายการกำเริบของโรคในกลุ่มที่รักษาด้วยยาต่อเนื่อง

6. ประเด็นหลักด้านการสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ส่วนมากได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและหรือ ญาติ ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่สังเกตเห็น อาการผิดปกติและพามารับการรักษา จนถึงระยะที่ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ โดยการเป็น ผู้สนับสนุนและดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การพามาตรวจ ตามนัด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย เช่น การทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ รวมถึงเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ แนะนำตักเตือนให้ดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม และ หลีกเลี่ยงสารเสพติด ดังนั้นการเป็นครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเต็มไปด้วยกิจกรรมที่ หลากหลาย มีความเฉพาะเจาะจงและละเอียดอ่อน นอกจากนี้บทบาทการเป็นผู้ดูแลนี้อาจเป็น บทบาทที่เกิดขึ้นทั้งอย่างกะทันหันและดำเนินต่อเนื่องไปอย่างยาวนาน ผู้ดูแลหรือญาติจึงจำเป็นต้องมี ทักษะคติเชิงบวก มีความรู้และทักษะในการดูแลต่าง ๆ มากมาย (อนันต์ตรี สมิทธิธราเศรษฐ์, 2560) ดังนั้น ทักษะคติ ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงสนับสนุนซึ่งกันและกัน ดังนี้

ทัศนคติในด้านลบต่อการป่วยทางจิต จากผลการศึกษาพบว่า ญาติและผู้ดูแลมี ทัศนคติในด้านลบต่อการป่วยทางจิต โดยในระยะแรกทั้งผู้ป่วยและญาติ มีความรู้สึก อับอาย ไม่กล้า ยอมรับว่าป่วยทางจิต และปฏิเสธการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจึงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และญาติจะยังไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษาจนกว่าจะมีอาการที่รุนแรงควบคุมไม่ได้ สอดคล้องการศึกษาของ พราราวี ดีกล้า (2552) ที่ศึกษาเจตคติของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรสายใยครอบครัว พบว่าเจตคติต่อผู้ป่วยด้านลบที่พบก่อนเข้าร่วมอบรม ได้แก่ 1) ด้านความคิดด้านลบเช่น...ผู้ป่วยเป็น ภาระของครอบครัว ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เป็นคนก้าวร้าว เป็นคนไม่มีเหตุผล ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ไม่สามารถทำงานรับผิดชอบหน้าที่ต่าง ๆ ได้เหมือนคนทั่วไป 2) ด้านความรู้สึกด้านลบ รู้สึกกลัว เครียด คับข้องใจ เหนื่อย กังวล 3) ด้านพฤติกรรมด้านลบ เช่น ครอบครัวปฏิเสธการดูแล ผู้ป่วย ไม่อนุญาตให้ลูกอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ไม่ช่วยทำความเข้าใจกับคนในครอบครัวถึงพฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมต่าง ๆ ของผู้ป่วย (พราราวี ดีกล้า, 2552) นอกจากนี้ หนึ่งในสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำ คือ การที่ผู้ดูแลหรือญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแล อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของ ผู้ป่วยทำให้ญาติรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลจึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและสิ้นหวัง ส่งผลให้ญาติ ดูแลใส่ใจผู้ป่วยน้อยลง ผู้ป่วยบางรายจึงกลับเป็นซ้ำ (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559)

ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท โอเร็ม (Orem et al., 2001) กล่าวว่า การศึกษาเป็นปัจจัยอันสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ ทักษะคติทางบวกต่อการดูแล บุคคลที่พึ่งพา จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักร้อยละ 80 มีระดับการศึกษาขั้นประถมศึกษาและมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ยังไม่เพียงพอ เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ การดูแล การรักษา การป้องกันกำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Ahmad et al., 2017) พบว่าครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทร้อยละ 88 ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิต การที่ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทหรือผู้ดูแลขาด

การสนับสนุนผู้ป่วยในการมารับยา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรค (สายรุ้ง จันทรเส็ง, 2548)

ความสามารถของผู้ดูแลหรือญาติ ความสามารถของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท (Purba et al., 2016) เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาที่ได้พบว่าผู้ดูแลหลัก ส่วนมากไม่เคยดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อน มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยนาน 2-13 เดือน เฉลี่ย 8.6 เดือน การป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรกที่เกิดขึ้นนี้จึงเป็นเรื่องใหม่สำหรับครอบครัว ซึ่งมีบทบาทในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตของผู้ป่วย การพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การค้นหาแหล่งให้การบำบัดรักษาทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Tharoor & Ganesh, 2015) ผู้ดูแลหรือญาติจึงยังขาดประสบการณ์และมีความสามารถไม่เพียงพอ ขาดความมั่นใจ และประสบกับความยากลำบากในการกำกับดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การพามาตรวจตามนัด รวมทั้งขาดความสามารถในด้านอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น การเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ การช่วยผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงสารเสพติดและการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ พบว่าการที่ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ (Ahmad et al., 2017) และสามารถทำนายการเกิดอาการทางจิตได้ร้อยละ 22.2 (กชพร รัตนสมพร และคณะ, 2558) หากผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในระดับต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ (San et al., 2013)

การขาดผู้ดูแลหลัก ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่คนเดียวโดยลำพัง หรืออยู่ในสถานการณที่ขาดผู้ดูแลหลัก เนื่องจากญาติผู้ดูแล มีภาระการทำงานประกอบอาชีพ ผู้ป่วยจึง อยู่คนเดียว โดยลำพัง ซึ่งในระยะนั้นจะไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ให้สามารถดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา การขาดผู้ดูแลหลักจึงผลักดันผู้ป่วยให้เกิดอาการทางจิตกำเริบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Suttajit et al., 2010) ที่พบว่าขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในประเด็น ผู้ป่วยอยู่คนเดียว (OR 21.8, CI 3.5-143.0) และการไม่พึงพอใจในการสนับสนุนจากครอบครัว (OR 10.0, CI 1.9-53.1) ซึ่งผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ตามคนเดียวลำพังอาจไม่ได้รับการกำกับดูแล เรื่องการใช้ยาและประสบปัญหาเกี่ยวกับการมารับบริการหรือการเข้าถึงการรักษาพยาบาล (accessing medical care) นอกจากนี้การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวยังอาจเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย (Suttajit et al., 2010) การที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ (Ahmad et al., 2017) และการศึกษาปัจจัยที่เชื่อมโยงกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าครอบครัวที่มีการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้ (San et al., 2013)

ฐานะยากจน ความมั่นคงทางการเงิน (financial stability) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดี ครอบครัวที่มีความขัดสน ขาดแคลนด้านการเงิน (financial difficulty) มีแนวโน้มให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างดีได้น้อยกว่า (Gitlin &

Rose, 2014) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนมากมีฐานะยากจน ขาดแคลนปัจจัยอำนวยความสะดวก อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล และมีความยากลำบากต่อการพาผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง วิถีชีวิตที่ยากจนดังกล่าวส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Sariah et al., 2014) และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่อาการกำเริบจำเป็นต้องกลับมารักษาซ้ำ

ในทางกลับกัน การที่ผู้ดูแลหรือญาติมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย กลับเป็นปัจจัยที่ส่งผลในเชิงบวกและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดังนี้ การมีทัศนคติที่ดีทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดมุมมองในทางบวกและมีจิตสำนึกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยความรัก เห็นใจ เข้าใจ ยอมรับ จึงสามารถปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ มีความทนทานต่ออารมณ์ทางลบของตนเองและมีขวัญกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยอย่างดีและต่อเนื่องของครอบครัว เป็นแรงเสริมที่สำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเกิดขึ้นได้หากครอบครัวของผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย (Strachan, Leff, Glodstien, Doane & Burtte, 1986, อ้างถึงใน พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548) การศึกษาของ สิริกร สุวัชฌ์รัฐชา (2559) พบว่า ทัศนคติการยอมรับของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวช และการรับรู้ต่อลักษณะผู้ป่วยจิตเวช การสร้างทัศนคติการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชและส่งเสริมการสื่อสารในครอบครัว ให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วยจิตเวช สามารถช่วยลดหรือ ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชได้ (สิริกร สุวัชฌ์รัฐชา, 2559) สำหรับปัจจัยด้าน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย Hasan และคณะ (2014) กล่าวว่า ความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลคือช่วยให้มีสมรรถนะสามารถที่มากพอที่จะใช้ในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา กลยุทธ์การแก้ปัญหาและทักษะการสื่อสาร สอดคล้องกับ การทบทวนวรรณกรรม โดย Cochrane ซึ่งได้วิเคราะห์บทความวิจัยจำนวน 44 เรื่องที่ตีพิมพ์ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2552 โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 5,142 คน สรุปได้ว่าการมีองค์ความรู้ที่ดีขึ้นเกี่ยวกับภาวะผิดปกติ มีผลให้การกำเริบซ้ำน้อยลง การกลับมารักษาในโรงพยาบาลน้อยลง จำนวนวันที่รักษาในโรงพยาบาลน้อยลง ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น นอกจากนี้อาการทางคลินิกที่ดีขึ้นนั้นยังส่งผลให้ การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางสุขภาพจิตมากขึ้น ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยให้สุขภาพจิตศึกษา จึงถือได้ว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผล (Xia et al., 2011a; Xia et al., 2011b)

ดังนั้น ประเด็นหลักด้านการสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ป่วยในเชิงบวกคือการปกป้องผู้ป่วยจากอาการทางจิตกำเริบ และส่งผลในเชิงลบที่ผลักดันให้ผู้ป่วยมีการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ เนื่องด้วยหากผู้ดูแลไม่สามารถให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร อันเนื่องมาจากผู้ดูแลอยู่ในสภาพที่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล ขาดความสามารถ มีทัศนคติต่อการป่วยทางจิตที่ไม่เหมาะสม มีฐานะยากจน รวมทั้งผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหลักหรืออยู่คนเดียวนั้น ผู้ป่วยจะมีโอกาสที่จะไม่เข้าร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงอาจส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำได้

7. สรุป

สรุปข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาพบว่านอกจากพบปัจจัยเสี่ยงที่ผลักดันให้ผู้ป่วยอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำแล้วยังพบว่ามีปัจจัยที่สามารถลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำหรือเป็นปัจจัยปกป้องผู้ป่วย ดัง รายละเอียดต่อไปนี้ (ตารางที่ 12)

ปัจจัยเสี่ยง จำแนกปัจจัยเสี่ยงตามประเด็นหลักด้านผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และระบบบริการ ดังนี้ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การประสบกับปัญหาด้านจิตสังคม การใช้สารเสพติด ภาวะสุขภาพร่างกาย ธรรมชาติของโรคที่กำเริบขึ้นมาเองได้ ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ดูแล ได้แก่ การขาดการสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ และด้านระบบบริการ ได้แก่ การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารุ่นใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ได้ระบุถึงปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำในโรคจิตเภท ประกอบด้วย การไม่ร่วมมือในการใช้ยา ภาวะเครียด การใช้สารเสพติด และการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมไม่เพียงพอ (Verdoux, 2013) และผลการศึกษาระบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการศึกษาระยะยาว ปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกพบว่าประกอบด้วย 1) การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) การติดสารเสพติด 3) การอยู่ในสภาพครอบครัวหรือมีผู้ดูแลที่วิพากษ์วิจารณ์ และ 4) การปรับตัวบกพร่อง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก เป็น 4 เท่า 3 เท่า 2.3 เท่า และ 2.2 เท่าตามลำดับ Alvarez-Jimenez และคณะ (2012)

ปัจจัยปกป้อง จำแนกปัจจัยปกป้องที่พบตามประเด็นหลักด้านผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก ดังนี้ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประกอบด้วย ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยา ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง รับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและมีทัศนคติต่อการรักษาในทางที่ดี ส่วนปัจจัยปกป้องด้านผู้ดูแลหลัก ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ ประกอบด้วยการมีทัศนคติที่ดีของผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาระบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ถึงปัจจัยที่สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเรียงลำดับตามจำนวนการอ้างอิงที่พบที่ ประกอบด้วย 1) การบำบัดแบบไม่ใช้ยา เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการรักษาด้วยยา 2) การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต 3) การใช้ยา/ยานีโดออกฤทธิ์นาน risperidone 4) การให้ความร่วมมือในการรักษา 5) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 6) ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยที่ดี (good patient insight) 7) การตรวจคัดกรองตั้งแต่ระยะแรก 8) การบำบัดด้วยไฟฟ้าจำนวนครั้งที่มากกว่า 9) การใช้ยา olanzapine ตามลำดับ Alvarez-Jimenez และคณะ (2012)

พูน ปรณ ทิโต ชิว

ตารางที่ 12 สรุปปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยปกป้อง
<p>ประเด็นหลักด้านผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ไม่ร่วมมือ) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือมีการขาดยา 1.2 การปรับลดขนาดยาที่รับประทานด้วยตนเอง 1.3 การเกิดอาการข้างเคียงจากยาและหยุดยา 1.4 การปฏิเสธการเจ็บป่วย 2. การประสบกับปัญหาด้านจิตสังคม <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ภาวะเครียด 2.2 การสูญเสีย 2.3 ปัญหาในครอบครัว 3. การใช้สารเสพติด 4. ภาวะสุขภาพร่างกาย 5. ธรรมชาติของโรคที่กำเริบขึ้นมาเองได้ <p>ประเด็นหลักด้านผู้ดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ (ไม่ดี) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ไม่มีผู้ดูแล 1.2 มีผู้ดูแล และหรือ <ol style="list-style-type: none"> 1) การขาดผู้ดูแลหลัก 2) ความสามารถของผู้ดูแลหรือญาติ (ไม่เพียงพอ) 3) ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล (ไม่เพียงพอ) 4) ทักษะต่อการป่วยทางจิต (ไม่ดี) 5) ฐานะยากจน <p>ประเด็นหลักด้านระบบบริการ</p> <p>การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารุ่นใหม่</p>	<p>ประเด็นหลักด้านผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ร่วมมือ) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การใช้อย่างต่อเนื่อง 1.2 การรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยที่ดี 1.3 ความเข้าใจในการใช้ยา <p>ประเด็นหลักด้านผู้ดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ (ดี) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ทักษะต่อการป่วยทางจิต(ดี) 1.2 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล 1.3 ความสามารถของผู้ดูแลหรือญาติ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ควรสร้างเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและสนับสนุนให้มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การดูแลสุขภาพร่างกาย สารเสพติด รวมทั้งเสริมสร้างการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยที่ดี และการจัดการกับปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ภาวะเครียด เป็นต้น

2. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ควรเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อการป่วยทางจิต ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการดูแล ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ระบบบริการสุขภาพ ควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอต่อความต้องการอันจำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีฐานะยากจน อยู่ในชนบทห่างไกล รวมทั้งผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา รูปแบบการดูแล

การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนอาการอาการทางจิตสงบ หรือหายจากโรค และไม่กลับเป็นซ้ำนั้นนอกจากลดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัวแล้วยังสามารถช่วยลดภาระโรค (burden of disease) ทั้งด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญนี้ได้ ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ดี เพื่อให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจะบำบัดรักษา ดูแล ฟันฟู ผู้ป่วยอย่างได้ผลนั้นต้องใช้วิธีการทางสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์จากหลากหลายสาขาให้สอดคล้องไปกับเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกจนถึงการฟื้นฟู รูปแบบการรักษาโรคจิตเภทที่นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกจึงประกอบด้วย 1) รูปแบบการบำบัดทางชีวภาพการแพทย์ ที่มุ่งเน้นปรับภาวะสมดุลให้แก่การทำงานของระบบสารชีวเคมีในสมองเพื่อให้มีการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง 2) รูปแบบการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ที่มุ่งเน้นให้ความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้แก่วรรณกรรมเรื่องโรคจิตเภท การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา 3) การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มุ่ง เน้นพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเองและทักษะจำเป็นต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักและเน้นการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลจากการวิจัยขั้นที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบบูรณาการ พบหลักฐานที่ชัดเจนของความเกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านระบบบริการ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น แนวคิดการพัฒนาด้วยรูปแบบที่ผูกผสมผสานวิธีการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับบริบทให้บริการร่วมกับการประสานความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ แนวคิด “องค์ประกอบสามผสาน The CPM Cooperation” จึงเป็นข้อเสนอเพื่อนำเข้าสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำอย่างได้ผล

“องค์ประกอบสามผสาน The CPM Cooperation” ได้แก่ องค์ประกอบด้านผู้ป่วย (Patients) องค์ประกอบด้านผู้ดูแล (Caregivers) องค์ประกอบด้านบุคลากรทางสุขภาพ (Mental Health Care Team) ดังนี้

องค์ประกอบด้านผู้ป่วย (Patients) ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ควรสร้างเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและสนับสนุนให้มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา การดูแลสุขภาพร่างกาย สารเสพติด รวมทั้งเสริมสร้างการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยที่ดี และการจัดการกับปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ภาวะเครียด เป็นต้น การออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเข้าใจ ทักษะคิด เรื่อง โรคจิตเภทและการดูแล ประกอบด้วย โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การสร้างเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา

กิจกรรมที่ 3 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย สาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้น การกำเริบ สารเสพติด การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การจัดการกับอาการเตือน การจัดการกับปัญหา ด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด การสื่อสารในครอบครัว

องค์ประกอบด้านผู้ดูแลหลัก (Caregivers) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ควร สร้างทัศนคติที่ดีต่อการป่วยทางจิต ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย ทักษะความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยการเฝ้าระวังอาการทางจิตกำเริบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การจัดการความเครียด และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เน้นการสร้างเสริมความสามารถของญาติหรือผู้ดูแลให้ทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ การออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย สาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นการกำเริบ สารเสพติด การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การจัดการกับอาการเตือน

กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการกับปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด การสื่อสารในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบด้านบุคลากรทางสุขภาพ (Mental Health Care Team) ระบบบริการสุขภาพ ควรให้บริการตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มรูปแบบการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายการทำงานในทุกกระดับ เสริมสร้างการรับรู้และความเข้าใจโรคจิตเภทที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ให้การสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเพียงพอต่อความต้องการอันจำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีฐานะยากจน อยู่ในชนบทห่างไกล รวมทั้งผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลหลัก ควรพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศข้อมูลผู้รับบริการให้เชื่อมต่อได้อย่างครบถ้วน และควรสนับสนุนงบประมาณสำหรับยา และการบริการเชิงรุก เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา กิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เพิ่มช่องทางการให้บริการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหลัก ผู้ที่มีฐานะยากจน และผู้ที่อยู่ในชนบทห่างไกล

กิจกรรมที่ 2 ให้การดูแลแบบบูรณาการตามแนวปฏิบัติแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกที่เน้นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพทุกระดับให้มีความรู้และทักษะในงานเช่น จัดให้บุคลากรใหม่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง สนับสนุนให้บุคลากรทุกฝ่ายได้พัฒนาความรู้ต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาระบบสารสนเทศ ให้มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ดี เชื่อมต่อข้อมูลผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วน

กิจกรรมที่ 5 เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ ค่ายา ค่าบริการเชิงรุกเพื่อนำผู้ป่วย
ในชุมชนเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา และการประชาสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 6 การจัดการด้านภาระงานและจำนวนบุคลากร

4.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำใน ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
ในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โดยทีมวิจัยบุคลากรทางสุขภาพและผู้วิจัยหลักร่วมกันออกแบบ ประชุม
พิจาราระดมสมอง พิจารณาข้อเสนอแนวทางการพัฒนาด้วยรูปแบบผสมผสานวิธีการดูแลรักษาที่
สอดคล้องกับบริบทให้บริการ ได้แก่ การบำบัดทางชีวภาพการแพทย์ การบำบัดรักษาทางจิตสังคม
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ร่วมกับการประสานความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ป่วย
จิตเภทครั้งแรก ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ ตามแนวคิด “องค์ประกอบสามผสาน The CPM
Cooperation” อันเป็นผลจากการศึกษาขั้นที่ 1 การพัฒนาเกิดผลลัพธ์เป็นรูปแบบการบำบัดรักษา
ผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยบูรณาการผสมผสานวิธีการบำบัดรักษาโรคจิตเภทและให้บริการโดยสหวิชาชีพ
ควบคู่กับจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพิ่มเติมให้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
แบบกลุ่ม ณ แผนกผู้ป่วยนอก ดังภาพประกอบที่ 17

แนวคิดหลักการ รูปแบบการเรียนรู้เพิ่มเติมนี้เป็น “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่
ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” โดยประยุกต์หลักการให้
สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ (Hogarty et al., 1986) ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Experiential Learning) ตามแนวคิดของโคลบ Kolb (1984)
(Hambali, 2016) มี 5 ขั้นตอนคือ (1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (2) เปิดเผยความรู้สึก
ต่อสมาชิกกลุ่ม (3) ประชุมปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อกัน (4) ผู้นำกลุ่มสรุปและบรรยายประเด็น
สำคัญ (5) ฝึกปฏิบัติโดยการสวมบทบาทสมมติ

วัตถุประสงค์ ได้แก่ (1) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแล มีความรู้ เข้าใจ
เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและ
การจัดการความเครียด (2) เพื่อให้ผู้ดูแลปรับทัศนคติ ความคาดหวัง การสื่อสาร และบทบาทของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก (3) เพื่อให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่
ป่วยเป็นครั้งแรกและการจัดการกับความเครียด (4) เพื่อลดโอกาสการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ

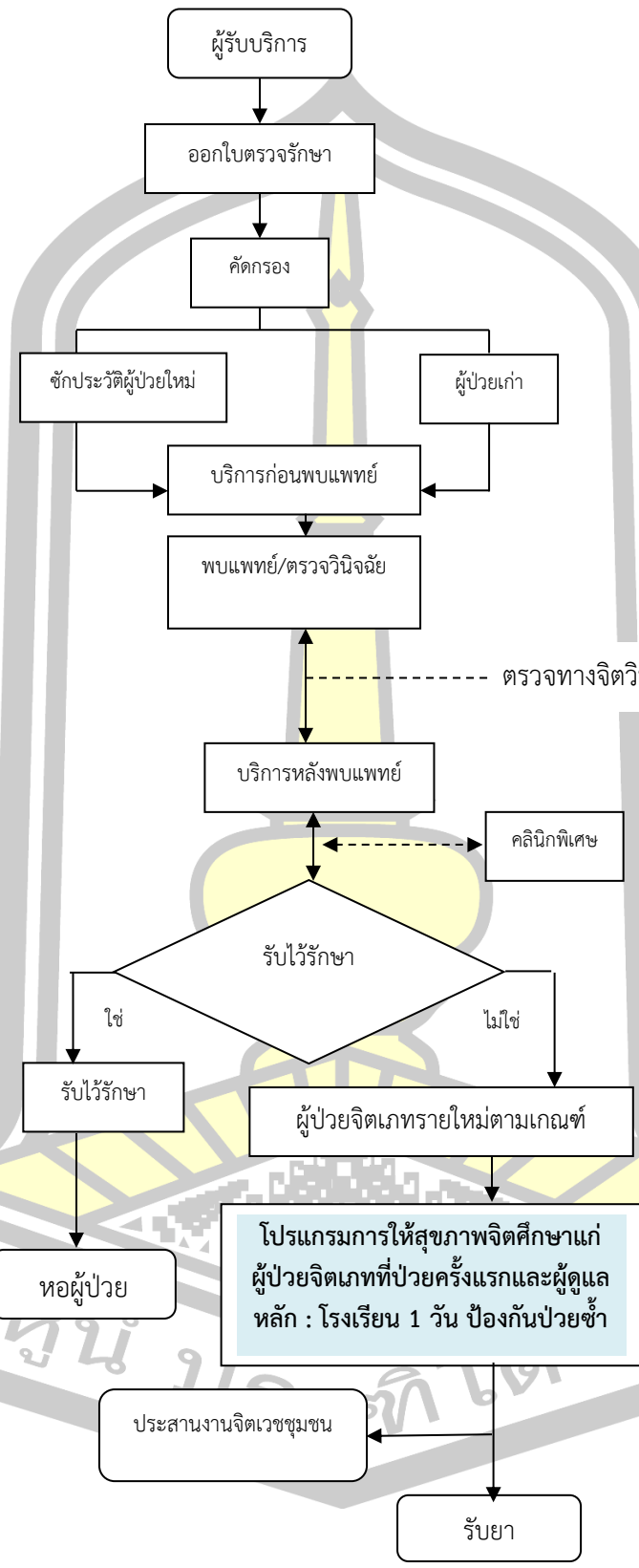
โครงสร้างของโปรแกรม โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก
และผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมที่ 1
การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก ระยะเวลา 1 วัน ในโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กิจกรรมที่ 2 การติดตามดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่อง
ภายหลังให้สุขภาพจิตศึกษาแล้วในสัปดาห์ที่ 4 12 24 รวม 3 ครั้ง โดยให้การดูแลพร้อมกับการมา
รับบริการตามนัดหมายปกติ หรือติดตามทางโทรศัพท์ รายละเอียดของแต่ละกิจกรรมหลักมีดังนี้

ผู้รับผิดชอบ

กิจกรรม/เอกสาร

- เวชระเบียน
- พยาบาลวิชาชีพ
- นักสังคมสงเคราะห์
- พยาบาลวิชาชีพ (นอกเวลาราชการ)
- พยาบาลวิชาชีพ
- แพทย์
- นักจิตวิทยาคลินิก
- นักเทคนิคการแพทย์
- พยาบาลวิชาชีพ
- นักจิตวิทยาคลินิก
- จิตสังคมบำบัด
- แพทย์ทางเลือก
- อาชีวบำบัด
- นิติจิตเวช
- นักสังคมสงเคราะห์
- Admission center
- ทีมเคลื่อนย้าย
- พยาบาลวิชาชีพ
- จิตเวชชุมชน
- นักสังคมสงเคราะห์
- แพทย์
- พยาบาล
- เภสัชกร
- การเงิน

- ใบตรวจรักษา/ใบส่งต่อ/หนังสือตรวจ
- คู่มือคัดกรอง/เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ใบตรวจรักษา
- บัตรคิว
- บัตรประจำตัวผู้รับบริการ
- แบบฟอร์มตรวจวินิจฉัยทางสังคม
- ชักประวัติในระบบ OPD/IPD online
- แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา
- ใบตรวจรักษา
- ระบบ OPD/IPD online
- ใบส่งตรวจพิเศษต่างๆ
- บริการก่อนและหลังพบแพทย์ (P-OP-004)
- ตรวจทางจิตวิทยา/ห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ
- ใบตรวจรักษา
- แบบประเมิน 1) อาการทางจิต 2) ความเครียด 3) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วย 4) อาการเตือน 5) การกลับมารักษาค่า
- คู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษา
- คู่มือความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- OPD/IPD online
- OPD/IPD online



ภาพประกอบที่ 17 การจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเพิ่มเติมในระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก

กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย เรื่องที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ได้แก่ (1) ความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลผู้ป่วย (2) ความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา (3) การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา เรื่องที่ 2 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ครอบคลุมสาระการเรียนรู้ (1) สาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นการกำเริบ (2) การจัดการกับอาการเตือน (3) การจัดการกับความเครียด เรื่องที่ 3 บทบาทของญาติ/ผู้ดูแล (1) ทักษะคติและความคาดหวัง (2) การสื่อสารในครอบครัว (3) ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การติดตามให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ภายหลังผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้ว โดยทำการติดตาม 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 12 24 พร้อมกับการมารับบริการตามนัดหมายปกติ หรือติดตามทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย (1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการกำเริบซ้ำ ได้แก่ อาการทางจิต การรับประทานยา การมีผู้ดูแลที่มีศักยภาพในการดูแล การใช้สารเสพติด ภาวะเครียด (2) ประเมินอาการเตือนของการกำเริบซ้ำ (3) ประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วย (4) การแก้ไขปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย (4) สรุปและประเมินผลการดูแล

สื่อการเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) หนังสือ และแผ่น CD คู่มือโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก สำหรับผู้นำกลุ่ม (2) หนังสือ คู่มือความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับสมาชิกกลุ่ม (3) สไลด์ ประกอบการบรรยาย (4) กรณีศึกษา ใบกิจกรรม บทสาธิต ดังภาพประกอบที่ 18

การประเมินผล ประเมินระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยการสังเกต การถามและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ประเมินก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยใช้แบบประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อ (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ รวม 5 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC) วัตถุประสงค์กับเนื้อหา 0.75-1.0 นำมาทดลองใช้กับผู้รับบริการและบุคลากรสุขภาพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงได้แก่ ผู้ป่วย 6 คน ผู้ดูแล 6 คน โดยมีบุคลากรสุขภาพ 3 คนเป็นผู้ดำเนินกรกลุ่ม หลังทดลองใช้แล้วได้ทำการปรับปรุงโปรแกรมให้พร้อมต่อการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

ผู้ใช้โปรแกรม เป็นพยาบาลจิตเวช ที่ได้รับการเตรียมความพร้อม ดำเนินงานตามแผนโดยผสมผสานร่วมไปกับการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่าง กรกฎาคม 2562 ถึง มกราคม 2563 ดังภาพประกอบที่ 19

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



(1) คู่มือผู้ใช้โปรแกรม



(2) คู่มือผู้ร่วมโปรแกรม



(3) แผ่น CD

ภาพประกอบที่ 18 สื่อการเรียนรู้ (1) คู่มือผู้ใช้โปรแกรม (2) คู่มือผู้ร่วมโปรแกรม (3) แผ่น CD



ทีมบุคลากรประชุมเตรียมดำเนินการ



สมาชิกลงทะเบียน



กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก



สร้างทักษะจัดการความเครียด



แลกเปลี่ยนเรียนรู้ดูแลป้องกัน



มั่นใจ ไม่ป่วยซ้ำ

ภาพประกอบที่ 19 กิจกรรม“โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ”

4.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ผลการดำเนินงาน ตาม “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” ประกอบด้วยการนำเสนอผลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ผู้ดูแลหลัก และบุคลากรทางสุขภาพ ตามลำดับ โดยแต่ละส่วนประกอบด้วย ซึ่งแต่ละส่วนดังนี้ ข้อมูลลักษณะประชากร การเปรียบเทียบอาการทางจิต ภาวะเครียด และการกลับเป็นซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

1. ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก

ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก จำนวน 56 คน เป็นเพศชายร้อยละ 55.4 มีอายุ ระหว่าง 18-54 ปี อายุเฉลี่ย 34.63 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 62.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 51.8 มีการประกอบอาชีพ ลูกจ้าง รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.9 และว่างงานร้อยละ 19.6 มีรายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 7,756 บาท ระยะเวลา ที่ป่วยนาน 1-22 เดือน เฉลี่ย 7.5 มีผู้ดูแลหลักเป็นพ่อแม่ หรือ ลูกร้อยละ 50 ผู้ป่วยร้อยละ 87.5 ไม่มีญาติสายตรงที่ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยเคยใช้สารเสพติดร้อยละ 57.1 มีการใช้บุหรี่ สุรา ร้อยละ 42.9 ยาบ้า ไอซ์ ร้อยละ 28.6 มีผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติดร้อยละ 42.9 และผู้ป่วย ร้อยละ 46.4 มีภูมิลำเนาในจังหวัดขอนแก่น

การเปรียบเทียบสัดส่วนหรือค่าเฉลี่ยของลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย ผู้ดูแลหลัก การมีญาติสายตรงที่ป่วยทางจิตเวช การใช้สารเสพติด ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน $p > 0.05$ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกจำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	(n=52) จำนวน (ร้อยละ)	(n=24) จำนวน (ร้อยละ)	(n=28) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				.581 ^c
ชาย	30(57.7)	15(62.5)	15(53.6)	
หญิง	22(42.3)	9(37.5)	13(46.4)	
อายุ (ปี)				.039 ^b
เฉลี่ย	34.58	31.33	37.36	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.552	9.972	10.404	
ต่ำสุด-สูงสุด	18-54	18-54	19-54	

^a p-value of the Pearson's chi-square, ^b p-value of the Independent samples t-test,

^c p-value of the fisher's exact test

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกจำแนกตามลักษณะประชากร(ต่อ)

ลักษณะประชากร	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	(n=52)	(n=24)	(n=28)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สถานภาพ				.241 ^a
โสด	12(23.1)	8(33.3)	4(14.3)	
สมรส	33(63.5)	14(58.3)	19(67.9)	
หม้าย/หย่า/แยก	7(13.5)	2(8.3)	5(17.9)	
ระดับการศึกษา				.884 ^a
ประถมศึกษา	27(51.9)	13(54.2)	14(50.0)	
มัธยมศึกษา	22(42.3)	10(41.7)	12(42.9)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	3(5.8)	1(4.2)	2(7.1)	
อาชีพ				.721 ^a
ว่างงาน	10(19.2)	4(16.7)	6(21.4)	
ลูกจ้าง/รับจ้าง	19(36.5)	8(33.3)	11(39.3)	
เกษตรกรกรรม	9(17.3)	6(25.0)	3(10.7)	
อาชีพส่วนตัว	6(11.5)	3(12.5)	3(10.7)	
อื่น ๆ	8(15.4)	3(12.5)	5(17.9)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)				.510 ^b
เฉลี่ย	8,039.23	9,041.67	7,180.00	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10,024.75	13,479.38	5778.42	
ต่ำสุด-สูงสุด	0-70,000	0-70,000	0-25,000	
ระยะเวลาที่ป่วย (เดือน)				.349 ^b
เฉลี่ย	7.94(6.79)	7.04(7.451)	8.71(6.565)	
ต่ำสุด-สูงสุด	1-22	1-22	1-22	
ผู้ดูแลหลัก				.661 ^a
พ่อ แม่ หรือ ลูก	25(48.1)	12(50.0)	13(46.4)	
สามี หรือ ภรรยา	16(30.8)	6(25.0)	10(35.7)	
พี่น้อง ญาติ	11(21.2)	6(25.0)	5(17.9)	
มีญาติสายตรงป่วยทางจิตเวช				.016 ^c
ไม่มี	46(88.5)	24(100)	22(78.6)	
มี	6(11.5)	0(0)	6(21.4)	

^a p-value of the Pearson's chi-square, ^b p-value of the Independent samples t-test,

^c p-value of the fisher's exact test

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกจำแนกตามลักษณะประชากร(ต่อ)

ลักษณะประชากร	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	(n=52)	(n=24)	(n=28)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การใช้สารเสพติด				1.00 ^c
ไม่ใช่	21(40.4)	10(41.7)	11(39.3)	
เคยใช้สาร	31(59.6)	14(58.3)	17(60.7)	
ภูมิปัญญา				.167 ^a
ขอนแก่น	25(48.1)	13(54.2)	12(42.9)	
มหาสารคาม	10(19.2)	6(25.0)	4(14.3)	
กาฬสินธุ์	3(5.8)	2(8.3)	1(3.6)	
อื่น ๆ	14(26.9)	3(12.5)	9(32.1)	

^a p-value of the Pearson's chi-square, ^b p-value of the Independent samples t-test,

^c p-value of the fisher's exact test

2. การเปรียบเทียบอาการทางจิต ภาวะเครียด การกลับเป็นซ้ำ และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1. อาการทางจิต ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 1.32 (ไม่มีอาการ) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.37 (ไม่มีอาการ) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตจำแนกเป็นรายด้าน ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ในด้านอาการทางบวก อาการทางลบ และด้านกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป กลุ่มทดลองเท่ากับ 1.25, 1.51, 1.27 (ไม่มีอาการ) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.35, 1.52, 1.31 (ไม่มีอาการ) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตจำแนกเป็นรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังภาพประกอบที่ 20-23

การติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 1.32 1.09 1.11 1.14 ตามลำดับ การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 12 24 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 14

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่ออาการทางจิต สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านการรับรู้ตนเองที่ดี (insight) รับรู้ได้ว่าตนมีอาการทางจิตลดลง ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นตามลำดับจนเป็นบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงมีความสามารถ รวมทั้งถึง

สะท้อนปัจจัยด้าน ทักษะคิดต่อการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การรู้จักป้องกันปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคกำเริบ ดังคำกล่าว

ผู้ป่วยชาย C46: “ผมว่าผม...ดีขึ้นหลาย..ปมีหูแว่ว ปมีความหวาดกลัว เคยมี...กะหายไปเจียบไปเลย.. สงบเลย ดีใจ ภูมิใจที่รักษาเจ้าของจนคืนมาได้ ...คนรอบข้างทั้งแม่ ทั้งเมีย กะมาบอกมาคุยนำทำให้บ่เครียด แต่ผมว่า...ผมบ่เป็นหย่ง...สงบแล้ว... สัญญาณเตือนของผมจะมีปวดหัว ตึงเครียด สงบแล้ว ปมี..เลย..”

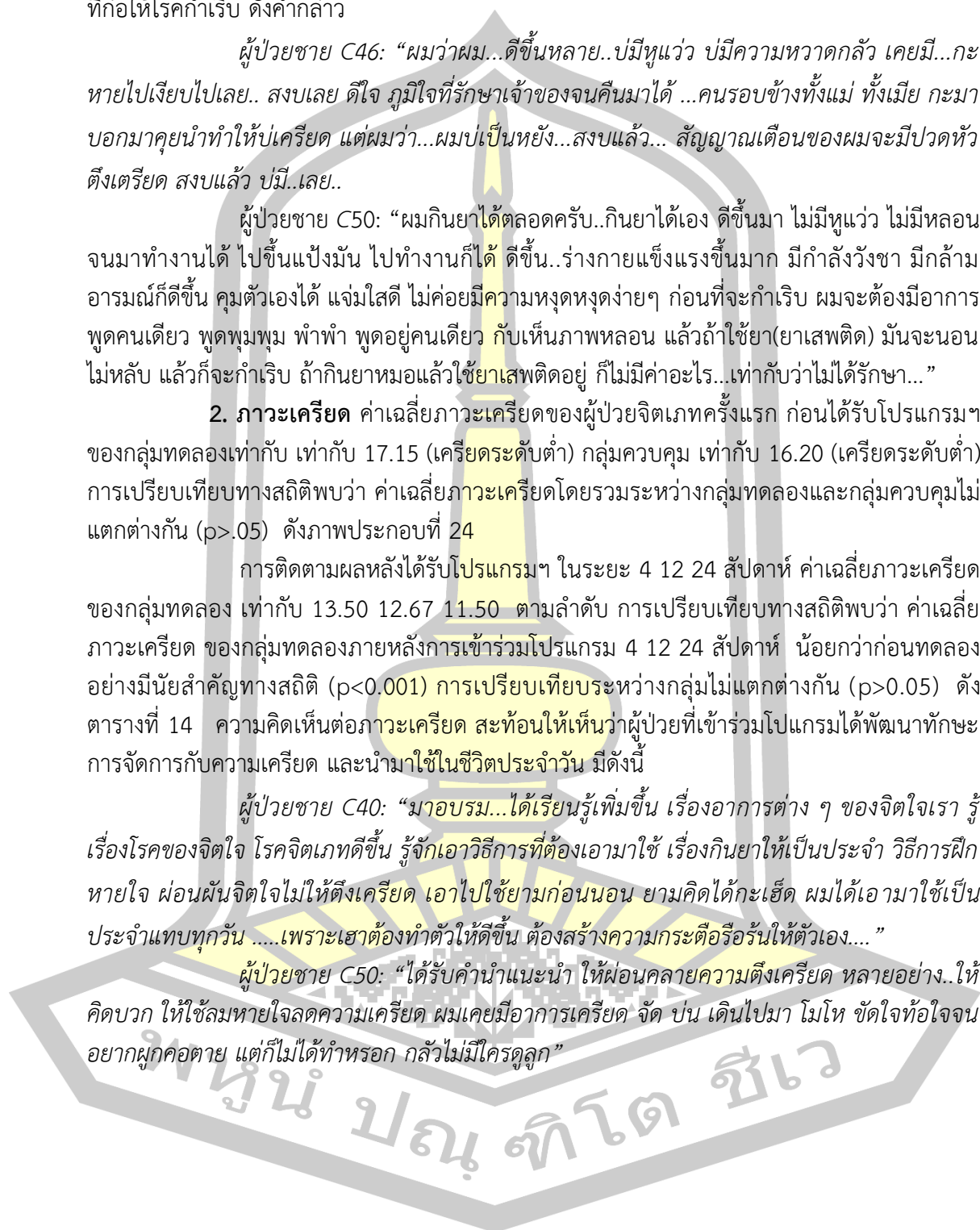
ผู้ป่วยชาย C50: “ผมกินยาได้ตลอดครับ..กินยาได้เอง ดีขึ้นมา ไม่มีหูแว่ว ไม่มีหลอน จนมาทำงานได้ ไปขึ้นแป้งมัน ไปทำงานก็ได้ ดีขึ้น..ร่างกายแข็งแรงขึ้นมาก มีกำลังวังชา มีกล้ามเนื้อ อารมณ์ก็ดีขึ้น คุณตัวเองได้ แจ่มใสดี ไม่ค่อยมีความหงุดหงุดง่าย ๆ ก่อนที่จะกำเริบ ผมจะต้องมีอาการ พูดคนเดียว พูดพึมพำ ทำท่า พูดอยู่คนเดียว กับเห็นภาพหลอน แล้วถ้าใช้ยา(ยาเสฟติด) มันจะนอนไม่หลับ แล้วก็กำเริบ ถ้ากินยาหมอลแล้วใช้ยาเสฟติดอยู่ ก็ไม่มีค่าอะไร..เท่ากับว่าไม่ได้รักษา...”

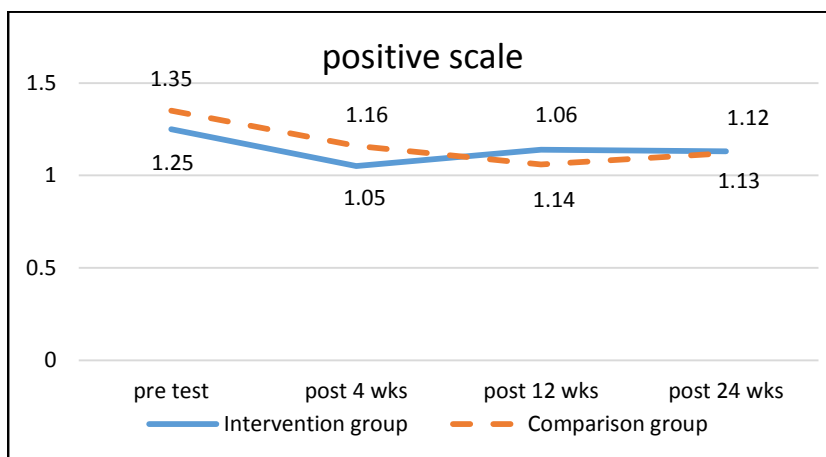
2. ภาวะเครียด ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ เท่ากับ 17.15 (เครียดระดับต่ำ) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 16.20 (เครียดระดับต่ำ) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ดังภาพประกอบที่ 24

การติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 13.50 12.67 11.50 ตามลำดับ การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะเครียด ของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 12 24 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ดังตารางที่ 14 ความคิดเห็นต่อภาวะเครียด สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมได้พัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด และนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน มีดังนี้

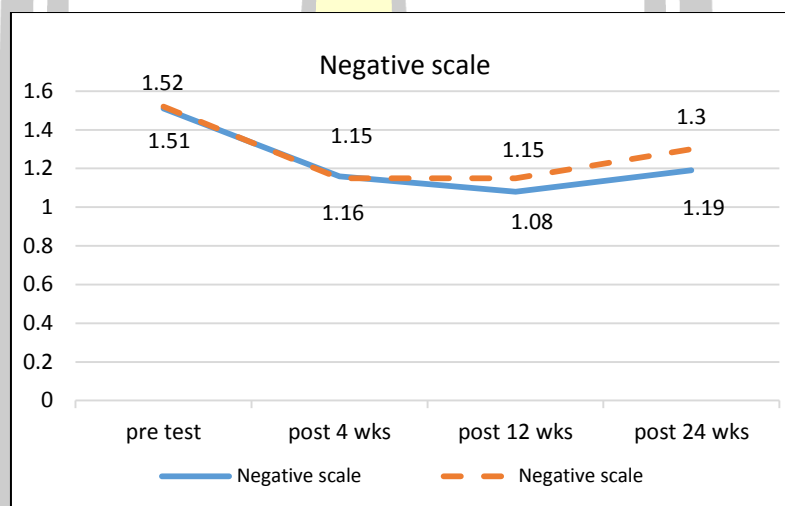
ผู้ป่วยชาย C40: “มาอบรม...ได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น เรื่องอาการต่าง ๆ ของจิตใจเรา รู้เรื่องโรคของจิตใจ โรคจิตเภทดีขึ้น รู้จักเอาวิธีการที่ต้องเอามาใช้ เรื่องกินยาให้เป็นประจำ วิธีการฝึกหายใจ ผ่อนผันจิตใจไม่ให้ตึงเครียด เอาไปใช้ยามก่อนนอน ยามคิดได้กะเอ็ด ผมได้เอามาใช้เป็นประจำแทบทุกวันเพราะเขาต้องทำตัวให้ดีขึ้น ต้องสร้างความกระตือรือร้นให้ตัวเอง....”

ผู้ป่วยชาย C50: “ได้รับคำแนะนำให้ผ่อนคลายความตึงเครียด หลายอย่าง..ให้คิดบวก ให้ใช้ลมหายใจลดความเครียด ผมเคยมีอาการเครียด จัด บ่น เดินไปมา โมโห ชัดใจท้อใจจนอยากผูกคอตาย แต่ก็ไม่ได้ทำหรอก กลัวไม่มีใครดูถูก”

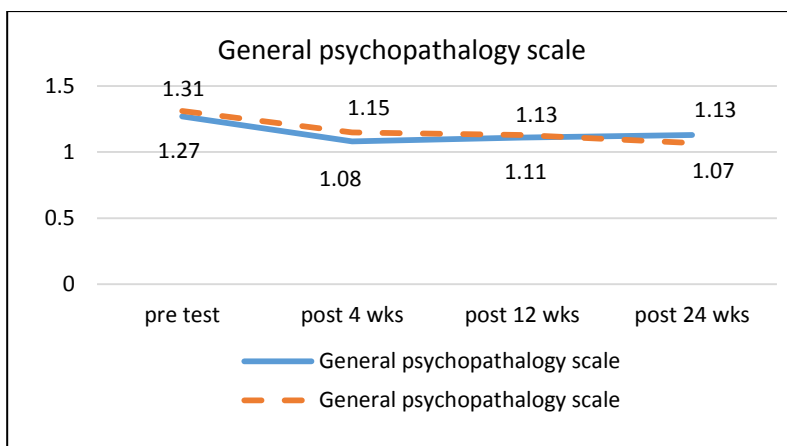




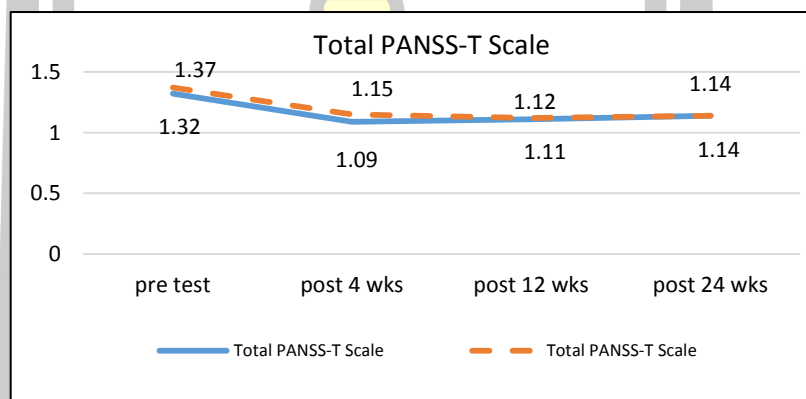
ภาพประกอบที่ 20 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิต ด้านอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์



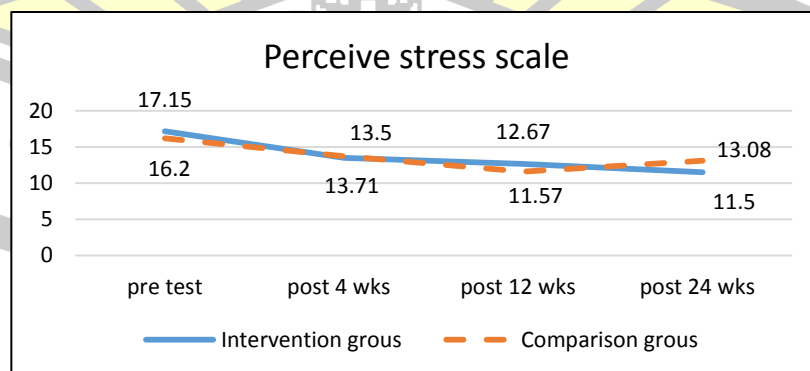
ภาพประกอบที่ 21 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตด้านอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์



ภาพประกอบที่ 22 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตด้านอาการทางจิตทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์



ภาพประกอบที่ 23 ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์



ภาพประกอบที่ 24 ค่าเฉลี่ยภาวะเครียด ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 12 24 สัปดาห์

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบอาการทางจิตโดยรวม ภาวะเครียด และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของ ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง mean(SD)	กลุ่มควบคุม mean(SD)	p-value
อาการทางจิต			
Pre-test	1.32(.374) ¹	1.37(.307)	0.688 ^a
4 สัปดาห์	1.09(.133) ²	1.15(.164)	0.260 ^a
12 สัปดาห์	1.11(.185) ²	1.12(.142)	0.955 ^a
24 สัปดาห์	1.14(.183) ²	1.14(.206)	0.924 ^a
ภาวะเครียด			
Pre-test	17.15(6.398) ¹	16.20(5.470)	0.570 ^a
4 สัปดาห์	13.50(7.334) ²	13.71(5.599)	0.914 ^a
12 สัปดาห์	12.67(5.919) ²	11.57(4.832)	0.501 ^a
24 สัปดาห์	11.50(6.420) ²	13.08(4.539)	0.178 ^b
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท			
Pre-test	15.58(2.653) ¹	14.89 (2.792)	0.369 ^a
4 สัปดาห์	17.59(3.096) ^{2 3}	15.79(3.217)	0.016 ^b
12 สัปดาห์	17.95(1.857) ²	17.04(1.364)	0.029 ^b
24 สัปดาห์	18.59(1.652) ^{2 3}	17.04(2.216)	0.013 ^b

¹significantly different from the other group

²significantly different from the pre-test (repeated measures ANOVA)

³significantly different from the post-test of 4,24 weeks (repeated measures ANOVA)

^ap-value of the independent t-test, ^bp-value of Mann-Whitney U Test

3. การกลับเป็นซ้ำ การติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ พบว่าไม่มีผู้ป่วยกำเริบและกลับเป็นซ้ำจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน แต่มีผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก มีอาการทางจิตกำเริบ (exacerbation) และมีการกลับเป็นซ้ำ (relapse of symptom) มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 6 คน รวม 10 กลุ่มทดลองมีการจำนวนครั้งของการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมครั้ง ดังนี้

กลุ่มทดลอง โดยรวมมีผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบและกลับเป็นซ้ำ 3 คน 4 ครั้ง แบ่งเป็นผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ 2 คน คนละ 1 ครั้ง และมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 1 คน 2 ครั้ง สาเหตุที่พบ ได้แก่การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และประสบปัญหาทางจิตสังคม ดังนี้

คนที่ 1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 23 ปี มีการกลับเป็นซ้ำ 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 10 และ 23

คนที่ 2 ผู้ป่วยชาย อายุ 44 ปี มีอาการกำเริบในสัปดาห์ที่ 16

คนที่ 3 ผู้ป่วยหญิง อายุ 31 ปี มีอาการกำเริบในสัปดาห์ที่ 24

กลุ่มควบคุม โดยรวมมีผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบและกลับเป็นซ้ำ 3 คน 6 ครั้ง แบ่งเป็นผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ 2 คน 3 ครั้ง และผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำ 1 คน 3 ครั้ง สาเหตุที่พบได้แก่การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และการใช้เครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้น/คาเฟอีน ดังนี้

คนที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 31 ปี มีการกลับเป็นซ้ำ 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 13 18 และ 22

คนที่ 2 ผู้ป่วยชายอายุ 34 ปี มีอาการกำเริบในสัปดาห์ที่ 20

คนที่ 3 ผู้ป่วยหญิง 46 ปี มีการกำเริบ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 23 และ 26

การเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) แต่ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีการจำนวนครั้งของการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 16 ความคิดเห็นต่อการกลับเป็นซ้ำ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต การใช้สารเสพติด และภาวะเครียดดังนี้

ผู้ดูแลชาย Co19: “เมื่อเข้ามามีอาการพูดเรื่อยเปื่อย บอกไม่ฟัง จะโมโหแรง ก่อนหน้านี้ นอนไม่ค่อยดี เขาก็หลับยาก เขาไม่ยอมกินยา เขาบอกว่าตอนนี้ก็ไม่ใช่ไรแล้วมาช่วยขายของได้แล้ว ผมให้มาช่วยเพราะเขาก็ดีขึ้นทำงานได้แล้ว แต่ผมไม่รู้ว่าเขาหยุดยาเอง มาสองเดือนแล้วอาการไม่ดี โมโห บางครั้งกรี๊ดร้อง ไม่รวมมือ จึงพามาโรงพยาบาล”

ผู้ป่วยหญิง C8: “ช่วงหลังอบรม อาการดีขึ้นแล้วแต่กินยาแล้ววังเวงเพลีย ก็คิดว่าไม่เป็นไร หายแล้วจึงหยุดทานแม่ก็บอกให้หยุดเพราะเห็นว่าหายแล้ว ช่วงนี้มีหูแว่ว รู้สึกกระแวงกลัว มีเห็นภาพหลอนด้วยก็เลยมาโรงพยาบาล”

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบ อาการทางจิตกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=24) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม(n=28) จำนวน (ร้อยละ)
อาการทางจิตกำเริบ(ครั้ง)		
24 สัปดาห์		
1 ครั้ง	2(8.3)	1(3.6)
2 ครั้ง	0(0)	1(3.6)
อาการทางจิตกำเริบ(คน)		
24 สัปดาห์	2(8.3)	2(7.4)
การกลับเป็นซ้ำ(ครั้ง)		
12 สัปดาห์	1(4.2)	0(0)
24 สัปดาห์		
1 ครั้ง	1(4.2)	0(0)
3 ครั้ง	0(0)	1 (3.6)
การกลับเป็นซ้ำ (คน)		
12 สัปดาห์	1(4.2)	0(0)
24 สัปดาห์	1(4.2)	1 (3.6)

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 15.58 (ระดับสูง) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 14.89 (ระดับสูง) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

การติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เท่ากับ 17.59 17.95 และ 18.59 ตามลำดับ การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 12 24 สัปดาห์ มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งระยะ 4 12 24 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.016 0.029 0.013$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 14 ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนให้เห็นถึง ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ที่ได้รับการพัฒนาซึ่งนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา ปรับปรุงพฤติกรรมตนเองและมีเป้าหมายในชีวิต ดังนี้

ผู้ป่วยชาย C40: “มาอบรม...ได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น เรื่องอาการต่าง ๆ ของจิตใจเรา รู้เรื่องโรคของจิตใจ โรคจิตเภทดีขึ้น รู้จักเอาวิธีการที่ต้องเอามาใช้ เรื่องกินยาให้เป็นประจำ วิธีการฝึกหายใจ ผ่อนผันจิตใจไม่ให้ตึงเครียด เอาไปใช้ยามก่อนนอน ยามคิดได้กะเอ็ด ผมได้เอามาใช้เป็นประจำแทบทุกวันเพราะเขาต้องทำตัวให้ดีขึ้น ต้องสร้างความกระตือรือร้นให้ตัวเอง....”

ผู้ดูแลหลักหญิง C47: “รู้สึกตัวผู้ป่วยนั้น มีการเปลี่ยนแปลงในด้านอารมณ์ ใจเย็นมากขึ้น...เรื่องความคิดบางครั้งอาจจะช้า ๆ จะเป็นแบบลึบง่าย ถ้าจะไปทำงาน มีนัดประชุมซึ่งบางครั้งก็เคยลืมนัดก็ได้อายุเตือนกัน ด้านพฤติกรรม นิสัยใจคอก็เป็นปกติ เห็นได้ชัดว่าเขาเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ..พอใจกับการเปลี่ยนแปลงแบบนี้ คิดว่าเพราะเขาเข้าใจว่าที่เป็นนี่คือป่วย....ป่วยเพราะอะไร...ต้องทำตัวรักษาตัวเองแบบไหน แล้วเขาก็ร่วมมือต่างกับแต่ก่อนที่มาอบรม...กินเปียร์วันละสองขวด บางวันสี่ขวดเดี๋ยวนี้ เลิกหมด..”

5. ความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.88(SD=1.060) 9.35(SD=0.772) และ 9.39(SD=0.896) ตามลำดับ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก กลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.85(SD=0.972) 8.78(SD=0.875) และ 8.57 (SD=1.170) ตามลำดับ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนให้เห็นถึง การพัฒนาปัจจัยด้านทัศนคติต่อตนเอง การได้ก้าวผ่านความรู้สึกด้อยค่าที่เป็นผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา มีดังนี้

ผู้ป่วยชาย C40: “มาอบรมได้รู้จักกับหมู่ เพื่อนผู้ป่วยคนอื่น ๆ เขาก็มีโรคมานานเหมือนกัน เขา กล้าถามเปิดใจว่าสาเหตุมาจิงได้ ของโตของเขา ได้ถามกัน บรู๊สึกจิตตก บรู๊สึกด้อยค่าจะของว่าเขาเป็นเขาป่วยอยู่ผู้เดียว เจอหมู่เพื่อนเรื่องพวกนี้กะหายไป เรียนรู้ เรื่องอาการต่าง ๆ แล้วเรารู้เรื่องแล้วว่ามันเขาได้ มันรักษาได้ อยากรหาย รู๊วธีที่ต้องทำแบบได้ ทางจิตใจ สร้างอารมณ์ให้อยู่ในความปกติ ปรกติไปทาง

ได้ทางหนึ่ง ให้ผู้ว่าเป็นคนธรรมดา ทำชีวิตของเขาให้ดี ต่อมาก็คือการกินยาให้เป็นประจำ กับปกิเหล้า ปิกินยาเสพติด”

ส่วนที่ 2 ผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้ดูแลหลัก

1. ข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักมีจำนวน 56 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 23-70 ปี เฉลี่ย 47 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 87.5 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 57.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและ ลูกจ้าง รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.5 ผู้ดูแลหลักมีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 600-80,000 บาท เฉลี่ย 15,037.5 บาท ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมานานเฉลี่ย 7.50 เดือน

การเปรียบเทียบสัดส่วนหรือค่าเฉลี่ยของลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย ของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน $p>0.05$ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักจำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	(n=52) จำนวน(ร้อยละ)	(n=24) จำนวน(ร้อยละ)	(n=28) จำนวน(ร้อยละ)	
เพศ				.777 ^c
ชาย	20(38.5)	10(41.7)	10(35.7)	
หญิง	32 (61.5)	14(58.3)	18(64.3)	
อายุ (ปี)				.647 ^b
เฉลี่ย	46.73	47.63	45.96	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12.846	14.811	11.114	
สูงสุด-ต่ำสุด	23-70	24-70	23-68	
สถานภาพ				.789 ^a
โสด	2(3.8)	1(4.2)	1(3.6)	
สมรส	45(86.5)	20(83.3)	25(89.3)	
หม้าย หย่า/แยก	5(9.6)	3(12.5)	2(7.1)	
ระดับการศึกษา				.270 ^a
ประถมศึกษา	29(55.8)	13(54.2)	16(57.1)	
มัธยมศึกษา	15(28.8)	9(37.5)	6(21.4)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	8(15.4)	2(8.3)	6(21.4)	
อาชีพ				.232 ^a
ลูกจ้าง รับจ้างทั่วไป	20(38.5)	7(29.2)	13(46.4)	
เกษตรกรรม	19(36.5)	11(45.8)	8(28.6)	
อาชีพส่วนตัว	8(15.4)	5(20.8)	3(10.7)	
อื่น ๆ	5(9.6)	1(4.2)	4(14.3)	

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักจำแนกตามลักษณะประชากร (ต่อ)

ลักษณะประชากร	รวม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	(n=52)	(n=24)	(n=28)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	
รายได้ต่อเดือน				.904 ^b
เฉลี่ย	15,496.15	15,800.00	15,235.71	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	16,627.00	17,964.19	15,720.715	
ต่ำสุด-สูงสุด	600-80,000	700-80,000	600-70,000	
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย(เดือน)				.394 ^b
เฉลี่ย	7.94	7.04	8.71	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.96	7.451	6.565	
ต่ำสุด-สูงสุด	1-22	1-22	1-22	

^a p-value of the pearson's chi-square, ^b p-value of the Independent samples t-test,

^c p-value of the fisher's exact test

2. เปรียบเทียบภาวะเครียด ความรู้ และความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ภาวะเครียด ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลหลัก ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.96 (เครียดระดับต่ำ) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 14.19 (เครียดระดับต่ำ) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดโดยรวมของผู้ดูแลหลัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

การติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลอง เท่ากับ 14.20 12.50 13.45 ตามลำดับ การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 12 24 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 17

ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนให้ถึง การพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด และนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน มีดังนี้

ผู้ดูแลหลักหญิง C22: “ได้ความรู้เรื่องจัดการตนเองไม่ให้เครียด..เพราะได้เรียนรู้เพิ่มขึ้นว่า จะสังเกตตัวเองหรือลูกยังไงตอนที่เครียดหากมีอะไรที่ต้องจดจ่อมาก ๆ ก็เครียดได้ทั้งเรื่องงานเรื่องเรียน ก็จะต้องรู้จักพาไปผ่อนคลายไปทำอะไรที่ชอบ ดูหนัง เดินห้าง ไปเล่นกีฬา ออกกำลังกาย กอดลูกให้กำลังใจกัน”

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของผู้ดูแลหลักก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 15.67 (ต่ำกว่าระดับปรับปรุง) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 17.56 (ต่ำกว่าระดับปรับปรุง) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

การติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลอง เท่ากับ 21.20 21.65 และ 23.15 ตามลำดับ การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 12 24 สัปดาห์ มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 24 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.021$ 0.005) ดังตารางที่ 17

ความคิดเห็นของผู้ดูแลหลักที่ร่วมโปรแกรมสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและบทบาทของผู้ดูแล จนเกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน มั่นใจในการปฏิบัติ ดังนี้

ผู้ดูแลหลักชาย C49: “จากที่ไม่เคยรู้ ก็ได้เรียนรู้ในวันนี้ ได้เข้าใจโรคจิตเภท จากแต่ก่อนที่ไม่เข้าใจ ไม่รู้จักอะไรเลย...ก็มารู้ทั้งหมดในวันอบรม..ได้รับรู้ว่าจะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนกริยาของตนเอง เช่นการพูด จะพูดอย่างไร จะให้กำลังใจอย่างไร จะพูดจนอนน้ำใจกันอย่างไร วิทยากรบอกและให้คำแนะนำผู้ป่วยในทิศทางไหน มีหลักการคิดที่ดีขึ้น จะพูดอย่างไรให้ผู้ป่วยเราดีขึ้น...”

ผู้ดูแลหลักหญิง C22: “มันในในการดูแลลูก และสังเกตความเจ็บป่วยต่าง ๆ มากขึ้น เช่นถ้าเขาเป็นมากขึ้นนี้จะซึมลง จะมาหาแม่ ขอกอดหน่อยแม่ เข้าใจกับอาการป่วยของลูกเมื่อก่อนมีดบาดด้าน ไม่รู้จะหายไหม ไปรักษาที่ไหน เดี่ยวนี้รู้จักและเข้าใจมากขึ้น และรู้จักหาความรู้เพิ่มเติม รู้จักดูแลตนเอง ต้องจัดการไม่ให้ตนเองเครียด เพราะได้เรียนรู้ว่าเราคนดูแลก็เครียดได้..มั่นใจว่าลูกจะหาย(ยิ้ม)”

ผู้ดูแลหลักหญิง C47: “เป็นโครงการที่ทำให้ญาติเข้าใจเรื่องอารมณ์ของผู้ป่วย ช่วยให้ญาติปรับตัวให้เข้ากับผู้ป่วยและช่วยดูแลเขาได้ เช่นการพูดกับผู้ป่วยก็จะต้องใจเย็น ต้องกำชับให้กินยาเป็นระยะ ก็รู้จักว่าต้องสังเกตอาการจากยา พวกเหนื่อย ง่วง เผลียง่าย เวลาทำงาน...”

พยาบาลจิตเวช11: “ความสำเร็จมาจากการที่ผู้ป่วยยอมรับและร่วมมือ ญาติก็สนับสนุนให้ความสำคัญร่วมดูแล ผู้ป่วยและผู้ดูแลและญาติก็เกิดความเข้าใจกัน เห็นใจซึ่งกันและกัน ทำให้ลดความคาดหวังกดดันของครอบครัว นอกจากนี้การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของญาติและผู้ป่วยก็สำคัญมากเพราะจะเป็นแนวทางในการดูแลตนเองต่อไป”

3. ความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.09(SD=1.419) 9.48(SD=0.890) และ 9.26(SD=0.994) ตามลำดับ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก กลุ่มควบคุม เท่ากับ 9.11(SD=0.850) 9.11(SD=0.896) และ 8.90(SD=0.827) ตามลำดับ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

ความคิดเห็นของผู้ดูแลหลักที่ร่วมโปรแกรมสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาปัจจัยด้านทัศนคติต่อตนเองที่เกิดจากการได้เรียนรู้บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ดูแลหลักชาย C47 “ก่อนมาและหลังมาใช้บริการทางการแพทย์และกิจกรรมกับทางโรงพยาบาลที่ได้อบรมให้ความรู้เฉพาะสำหรับที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผมก็ได้รับความรู้ที่จะไปดูแลผู้ป่วยในระดับที่มาก และรู้สึกว่ามีใจมากขึ้น”

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบ ภาวะเครียด และความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง mean(SD)	กลุ่มควบคุม mean(SD)	p-value
ภาวะเครียด			
Pre-test	14.96(6.422)	14.19(5.442)	0.636 ^a
4 สัปดาห์	14.20(4.927)	14.24(5.356)	0.981 ^a
12 สัปดาห์	12.50(6.708)	12.18(5.020)	0.862 ^a
24 สัปดาห์	13.45(5.934)	14.29(4.814)	0.606 ^a
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท			
Pre-test	15.67(3.608) ¹	17.56(3.412)	0.061 ^a
4 สัปดาห์	21.20(3.105) ²	18.95(3.106)	0.021 ^b
12 สัปดาห์	21.65(3.774) ²	20.14(3.241)	0.170 ^a
24 สัปดาห์	23.15(2.681) ^{2 3}	20.00(3.811)	0.005 ^b

¹significantly different from the other group

²significantly different from the pre-test (repeated measures ANOVA)

³significantly different from the post-test of 4 weeks (repeated measures ANOVA)

^ap-value of the independent t-test, ^bp-value of Mann-Whitney U Test

ส่วนที่ 3 ผลการดำเนินงานในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ

1. ข้อมูลลักษณะประชากรของบุคลากรทางสุขภาพ

บุคลากรทางสุขภาพมีจำนวน 13 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 อายุระหว่าง 30-58 ปี เฉลี่ย 42.77 ปี มีระดับการศึกษา สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 76.9 เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 84.6 บุคลากรร้อยละ 76.9 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งมากกว่า 10 ปี เฉลี่ย 20.38 ปี

2. ความคิดเห็นของบุคลากรต่อผลการดำเนินงานตามโปรแกรม

2.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วยประเด็น 1) การพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ 2) รูปแบบ เนื้อหา กิจกรรม สื่อ การใช้ระยะเวลา การติดตามต่อเนื่อง เหมาะสม 3) ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี 4) โรงพยาบาลมีระบบให้บริการที่ดีและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช 1: “ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มาจากการการพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ การออกแบบกิจกรรม การมีคู่มือ สื่อ ทำให้ได้รับความรู้ที่ตรงกับปัญหาของทั้งผู้ป่วยและญาติทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยตรง ในระยะที่ดำเนินการก็มีปัจจัยในการสนับสนุน

ทั้งเงินค่ารถและมีหมอตรวจให้แก่ผู้ป่วยหลังการให้สุขศึกษา มีการติดตามผลต่อเนื่องซึ่งทำให้เกิดการกระตุ้นในการดูแลและให้ความสนใจผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยญาติได้รับประโยชน์เต็มที่ ทั้งความรู้และปัจจัย(เงิน) โครงการนี้ก็มีผลช่วยต่อการลดการกลับเป็นซ้ำทำให้ลดลงได้”

พยาบาลจิตเวช 5: “เนื้อหาของโปรแกรมเข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้รับบริการ กิจกรรมการเรียนรู้มีทั้งให้การใช้กระบวนการกลุ่ม และการใช้สื่อวิดิทัศน์ ที่สอดคล้องกันทำให้เรียนรู้ได้เข้าใจไม่น่าเบื่อ จำนวนสมาชิกในกลุ่มมีจำนวนพอเหมาะทำให้สามารถพูดคุยกันได้ถึงถึง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี”

พยาบาลจิตเวช 9: “ความสำเร็จประกอบด้วยสามส่วนหลักคือเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติที่ช่วยกันดูแลอย่างถูกต้อง”

พยาบาลจิตเวช 6: “มีการวางแผนครอบคลุมเตรียมการและปฏิบัติตามแผนได้ ทีมวิจัยร่วม /วิทยากร มีทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มทำให้กลุ่มดำเนินได้ดี มีระบบการให้บริการที่เอื้อต่อการประสานงานและการนัดผู้รับบริการ รวมถึงมีการประสานงานที่ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

2. บุคคลากรเกิดการเรียนรู้พัฒนา ประกอบด้วย ประเด็น 1) การสร้างรูปแบบของโปรแกรมการดูแลที่บูรณาการทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การให้บริการบำบัดดูแลตามโปรแกรม 3) การทำงานเป็นทีม ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช 6: “ได้เรียนรู้ เกี่ยวกับการจัดทำรูปแบบของโปรแกรมที่บูรณาการด้วยกันทั้งกลุ่มผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ในเวลาที่จำกัดเพื่อให้เอื้อต่อการมารับบริการมากที่สุด”

พยาบาลจิตเวช 9: “ได้รับความรู้โรคจิตเภทการดูแลผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแลตามโปรแกรม ตามวิธีการบำบัดแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา”

พยาบาลจิตเวช 1: “เรียนรู้ในการบริหารจัดการให้เกิดงาน การทำงานเป็นทีม การให้บริการดูแลญาติมิตร ด้วยความเป็นกันเอง การให้สาระวิชาการที่สอดแทรกในการบริการทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ผลประโยชน์สูงสุด”

3. ประสิทธิภาพของโปรแกรม ประกอบด้วยประเด็น ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พัฒนา ปัจจัยการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 2) ทักษะติดต่อผู้ป่วยและทัศนคติต่อโรค 3) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย 4) ความร่วมมือในการดูแลรักษา ดังคำกล่าว

พยาบาลจิตเวช 5: “ผลจากการร่วมโปรแกรม รับรู้ทำให้ญาติรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เพราะได้พบปะกับสมาชิกอื่นจึงเกิดความรู้สึกว่ามีคนอื่นที่เป็นเหมือนเราด้วย...” “จากการรับฟังความคิดเห็นในช่วงท้ายของกิจกรรมกลุ่ม ได้รับรู้ว่า ญาติเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นหลังจากได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจ เรื่องโรคและอาการของโรครวมทั้งแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ ส่งผลไปให้ญาติรู้สึกมีกำลังใจ มีความหวัง เห็นความสำคัญของการดูแลและการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมากเพราะความเข้าใจว่าเป็นการเจ็บป่วยนี้เอง ที่ช่วยลดตราบาปในใจของญาติที่มีต่อผู้ป่วย หรือแม้แต่ตราบาปจากชุมชนที่มีต่อญาติ” “กลุ่มญาติที่มาร่วมกิจกรรมให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม เกิดความรู้จักกัน ไว้วางใจกัน เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น”

พยาบาลจิตเวช 8: “ผู้ป่วยมีญาติที่เข้าใจ รู้แนวทางปฏิบัติตัว”

พยาบาลจิตเวช 13: “จากการติดตามต่อเนื่อง พบว่าการให้คำปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สามารถช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และลดความรุนแรงของปัญหาได้เช่นกัน อย่างเช่น โทรมาถามขอหยุดยาเองได้ไหม ก็ได้ช่วยให้มีกำลังใจผู้ป่วยในการกินยาต่อ ช่วยเตือนให้ร่วมมือ การลดหรือหลีกเลี่ยงการใช้สารกระตุ้นที่มีคาเฟอีนหรือสารเสพติดต่าง ๆ และสำหรับญาติจะได้เสริมวิธีการสื่อสารที่จูงใจ เสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย การสังเกตอาการเตือน ..”

4. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโปรแกรมต่อไป ประกอบด้วยประเด็น 1) การขยายผลการให้บริการ ทีมจิตเวชและผู้ป่วยรายอื่น ๆ 2) การปรับปรุง เนื้อหา กิจกรรม สื่อและคู่มือการใช้ 3) ขยายระยะเวลาติดตามผล

พยาบาลจิตเวช 1: “ตัวโปรแกรมก็เป็นการฝึกพยาบาลให้ตระหนักในการให้ข้อมูลเพิ่มเติม มีการประชุมวางแผนล่วงหน้า เตรียมขั้นตอนวิธีการดำเนินงานให้ความเข้าใจตรงกัน การปฏิบัติมีการทดลองปฏิบัติ ให้ดูเป็นตัวอย่างและฝึกการทำกลุ่มก่อนเพื่อให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพประสิทธิผลไม่แตกต่างกันในแต่ละคนโดยเน้นเนื้อหาหัวข้อที่สอนให้ตรงกัน อยากให้มีการฝึกครู ก. กับพยาบาลอื่น ๆ เพื่อจะได้ทำกับผู้ป่วยและญาติในส่วนของตนต่อไป” “อยากได้ข้อมูลย้อนกลับกลุ่มที่ทำไปแล้วเพื่อติดตามผลและปรับปรุงคู่มือส่งกลับมา ทำในวงรอบต่อไป”

พยาบาลจิตเวช 11: “การทำกิจกรรมกลุ่มให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นสิ่งที่ดีควรทำต่อไป และสามารถประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยโรคอื่น ๆ ได้ด้วย เสนอแนะเรื่องขนาดของกลุ่มควรมีจำนวนสมาชิกในช่วง 6-8 และควรแยกกลุ่มระหว่างผู้ป่วยและญาติ”

พยาบาลจิตเวช 8: “รูปแบบการบำบัดมีความเหมาะสม ระยะเวลาทำกลุ่มเหมาะสม ควรเพิ่มกิจกรรมการผ่อนคลายวิธีอื่น ๆ ให้มากขึ้น”

พยาบาลจิตเวช 7: “ผู้ป่วยและญาติส่วนหนึ่งมีข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง การออกแบบกิจกรรมให้ดำเนินการได้ครบถ้วนภายในช่วงเช้าครึ่งวัน”

พยาบาลจิตเวช 6: “ควรติดตามต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานขึ้น โดยติดตามคะแนนของความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับโปรแกรม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีพัฒนาการอย่างไร มากขึ้นหรือลดลงคิดเป็นก็เปอร์เซ็นต์คิดเห็น” ..“จัดทำเป็นรูปเล่มคู่มือและสื่อเพื่อขยายผลให้หน่วยบริการนำไปใช้”

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิต และการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ดำเนินการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560 ถึงมกราคม 2563 ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้รับบริการ 112 และบุคลากรทางสุขภาพ 34 คน แหล่งศึกษาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัย นำเสนอสรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

- 5.1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก
- 5.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก
- 5.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกและปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน
- 5.4 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ดำเนินการด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการและบุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีให้ความร่วมมือ ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก จำนวน 10 คน ผู้ดูแลหลัก จำนวน 10 คน และบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 21 คน โดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 4 คน มีค่าความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.75-1.0 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะประชากร

1) บุคลากรทางสุขภาพ มีจำนวน 21 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81 อายุระหว่าง 34 ถึง 52 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี (SD 6.013) ร้อยละ 76.2 มีระดับการศึกษา สูงกว่าปริญญาตรี เป็นพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 47.6 รองลงมาเป็นจิตแพทย์ ร้อยละ 23.8 อยู่ในแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 71.4 บุคลากร ร้อยละ 85.7 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งมากกว่า 10 ปี เฉลี่ย 22 ปี (SD 8.697)

2) ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักมีจำนวน 10 คน เป็นเพศชายร้อยละ 50 อายุระหว่าง 42 ถึง 70 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี (SD 8.514) สถานภาพสมรสร้อยละ 50 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 40 ผู้ดูแลหลักมีรายได้ระหว่าง 5,000-2,0000 บาท ต่อเดือน เฉลี่ย 9,500 บาทต่อเดือน ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมานาน 2 ถึง 13 เดือน เฉลี่ย 8.6 เดือน และ ผู้ดูแลหลักร้อยละ 80 เป็นพ่อหรือแม่ของผู้ป่วย

3) ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก มีจำนวน 10 คน เป็นเพศชายร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 17 ถึง 54 ปี เฉลี่ย 31 ปี (SD 12.964) ทุกคนมีสถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70 มีการประกอบอาชีพร้อยละ 60 อาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 40 ว่างานร้อยละ 30 มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 0 ถึง 20,000 บาท เฉลี่ย 5,300 บาทต่อเดือน (SD 6254.681) ระยะเวลาที่ป่วยนาน 2-13 เดือน เฉลี่ย 9.5 เดือน (SD 3.92) มีผู้ดูแลหลักเป็นพ่อหรือแม่ร้อยละ 50 รองลงมา เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 30 ผู้ป่วยร้อยละ 60 ไม่มีญาติสายตรงที่ป่วยทางจิตเวช มีการใช้สารเสพติดร้อยละ 50 ได้แก่ ยาบ้า สุรา และ บุหรี่ และมีผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติดร้อยละ 50

2. ระบบวิธีการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกในปัจจุบัน

แหล่งศึกษาเป็นโรงพยาบาลจิตเวช ระดับ ตติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้บริการในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ เป็นแหล่งให้บริการทางสุขภาพ เฉพาะด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ระบบการให้บริการประกอบด้วย 1) การบริการแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ส่งเสริมป้องกัน ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 2) การบริการแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ ให้บริการบำบัดรักษา พยาบาล พันฟูสมรรถภาพ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช แบบนอนค้าง(ผู้ป่วยใน) ตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก โดยแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับทีมสหวิชาชีพตั้งแต่มารับบริการจนถึงการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน สถิติการมารับบริการ ระหว่างปี 2555-2559 ผู้ป่วยโรคจิตเภท พบมากเป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยใหม่ มีร้อยละผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทของผู้ป่วย ทั้งหมด ร้อยละ 39.40 38.70 38.40 38.24 36.80 ตามลำดับ จำแนกเป็นผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทรายใหม่ ร้อยละ 11.10 9.40 9.30 10.23 9.01 ตามลำดับ ในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่าจำนวนผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่มีการกำเริบและกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยรหัสโรคเดิม (readmitted) จำนวน 33 43 32 คนตามลำดับ เมื่อจำแนกตามระยะเวลาการกำเริบซ้ำเป็นช่วง พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภท มากกว่าร้อยละ 70 มีการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือน การกลับเป็นซ้ำในช่วง 3-6 เดือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกในปัจจุบันมีปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน ดังนี้ ตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ปัจจัยที่มีผลต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ปัจจัยที่เป็นจุดแข็ง (strengths)	
ด้านนโยบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1) การให้ความสำคัญกับการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2) เอื้ออำนวยการประสานที่ดีทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน 3) สนับสนุนให้เกิด “แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท”
ด้านผู้ให้บริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1) บุคลากรมีความเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพและจิตเวชศาสตร์
ด้านผู้รับบริการ:	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้รับบริการมีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่มีปริมาณไม่มาก 2) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ
ด้านกระบวนการดูแล	<ol style="list-style-type: none"> 1) มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) ให้บริการให้บริการตามขั้นตอน สหวิชาชีพ ครอบคลุมแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน จิตเวชชุมชน 3) ให้บริการเป็นเครือข่ายทั้งปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ
ปัจจัยจุดอ่อน (weaknesses)	
ด้านงบประมาณ	<ol style="list-style-type: none"> 1) การให้บริการมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษามาก 2) การสนับสนุนงบประมาณค่ายา งบสนับสนุนบริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเพื่อนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และการประชาสัมพันธ์
ด้านผู้ให้บริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1) การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะเฉพาะสาขาแก่บุคลากรใหม่ 2) การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในงานแก่บุคลากรทุกฝ่ายอย่างต่อเนื่อง 3) ภาระงานมาก 4) จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ
ด้านผู้รับบริการ	ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกส่วนหนึ่งมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำด้วยสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ
ด้านกระบวนการดูแล	<ol style="list-style-type: none"> 1) ประสิทธิภาพ การเชื่อมต่อข้อมูลบริการ/ระบบส่งต่อข้อมูล 2) ผลลัพธ์ของการให้บริการ: ยังมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ
ปัจจัยโอกาส (opportunities)	
ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม	<ol style="list-style-type: none"> 1) สังคมชุมชนมีทัศนคติทางบวกต่อภาวะการเจ็บทางจิต/โรคจิตเภท 2) สังคมชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น 3) สังคมชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยมากขึ้น
ด้านการพัฒนาเทคโนโลยีและการสื่อสาร	<ol style="list-style-type: none"> 1) การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ก้าวหน้า 2) โรงพยาบาลมีระบบข้อมูลสารสนเทศภายใน มีเครือข่ายเชื่อมต่อกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง 3) บุคลากรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารฯ เพื่อสนับสนุนงานและการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงาน

3. ปัญหาและความต้องการในการดูแลเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ผลการศึกษาพบประเด็นปัญหา ด้านผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และระบบการดูแล ดังนี้ *ด้านผู้ป่วย* 1) ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) มีการกลับเป็นซ้ำ 3) ปฏิเสธการป่วยทางจิต 4) ใช้สารเสพติด 5) ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท 6) จัดการกับอาการข้างเคียงของยาไม่เหมาะสม 7) จัดการกับความเครียดและปัญหาทางจิตสังคมไม่เหมาะสม จึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากปัจจัยกำเริบต่าง ๆ *ด้านผู้ดูแลหลัก* พบว่า 1) ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล 2) มีความสามารถไม่เพียงพอ 3) มีทัศนคติลบต่อการป่วยทางจิต 4) ฐานะยากจน 5) ขาดผู้ดูแลหลัก จึงต้องการเสริมสร้างความรู้ ความสามารถ ทัศนคติเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลอย่างเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งการสนับสนุนกรณีที่ขาดผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลมีฐานะยากจน *ด้านระบบการดูแล* พบว่า 1) มีข้อจำกัดการเข้าถึงยารุ่นใหม่ 2) งบประมาณไม่เพียงพอ เช่น ค่ายา การให้บริการเชิงรุก 3) ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลที่ยังไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เช่น ระบบส่งต่อข้อมูล การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และ 4) มีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นจึงต้องการปรับปรุงคุณภาพเกี่ยวกับ การเข้าถึงยารุ่นใหม่ การให้บริการเชิงรุกแก่ผู้ป่วยที่อยู่ชุมชน และจัดงบประมาณการประชาสัมพันธ์ กระบวนการดูแลต้องการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่เน้นการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและมีระบบส่งต่อข้อมูลที่ดี

4. ปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ผลการศึกษาพบว่าพบปัจจัยเสี่ยงที่ผลักดันให้ผู้ป่วยอาการกำเริบและมีปัจจัยที่สามารถลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำหรือเป็นปัจจัยปกป้องผู้ป่วย ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 สรุปปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยปกป้อง
ประเด็นหลักด้านผู้ป่วย	
1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ไม่ร่วมมือ)	1. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ร่วมมือ)
1.1 การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือมีการขาดยา	1.1 การใช้อย่างต่อเนื่อง
1.2 การปรับลดขนาดยาที่รับประทานด้วยตนเอง	1.2 การรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยที่ดี
1.3 การเกิดอาการข้างเคียงจากยาและหยุดยา	1.3 ความเข้าใจในการใช้ยา
1.4 การปฏิเสธการเจ็บป่วย	
2. การประสบกับปัญหาด้านจิตสังคม	
2.1 ภาวะเครียด	
2.2 การสูญเสีย	
2.3 ปัญหาในครอบครัว	
3. การใช้สารเสพติด	

ตารางที่ 20 สรุปปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยปกป้อง
4. ภาวะสุขภาพร่างกาย	
5. ธรรมชาติของโรคที่กำเริบขึ้นมาเองได้	
ประเด็นหลักด้านผู้ดูแล	
1. การสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ (ไม่ดี)	1. การสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ (ดี)
1.1 ไม่มีผู้ดูแล	1.1 ทักษะคติต่อการป่วยทางจิต(ดี)
1.2 การขาดผู้ดูแลหลัก	1.2 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล
1.3 ความสามารถของผู้ดูแลหรือญาติ (ไม่เพียงพอ)	1.3 ความสามารถของผู้ดูแลหรือญาติ
1.4 ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแล	
1.5 ทักษะคติต่อการป่วยทางจิต (ไม่ดี)	
1.6 ฐานะยากจน	
ประเด็นหลักด้านระบบบริการ	
การมีข้อจำกัดในการเข้าถึงยารุ่นใหม่	

5. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแล

การศึกษาชั้นที่ 1 นำมาสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสมกับบริบทของแหล่งบริการ โดยประสานความร่วมมือทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพ เป็น “องค์ประกอบสามประสาน The CPM Cooperation” ดังนี้

องค์ประกอบด้านผู้ป่วย (Patients) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้ (1) การสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเข้าใจ ทักษะคติ เรื่องโรคจิตเภทและการดูแล ประกอบด้วย โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (2) การสร้างเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา (3) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย สาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้น การกำเริบ สารเสพติด การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การจัดการกับอาการเตือน การจัดการกับปัญหา ด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด การสื่อสารในครอบครัว

องค์ประกอบด้านผู้ดูแลหลัก (Caregivers) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้ (1) การสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคติ เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (2) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย สาเหตุ ปัจจัยกระตุ้นการกำเริบ สารเสพติด การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การจัดการกับอาการเตือน (3) การดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการกับปัญหา ด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด การสื่อสารในครอบครัว

แหล่งสนับสนุนทางสังคม องค์ประกอบด้านบุคลากรทางสุขภาพ (Mental Health Care Team) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ (1) เพิ่มช่องทางการให้บริการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหลัก ผู้ที่มีฐานะยากจน และผู้ที่อยู่ในชนบทห่างไกล (2) ดูแลแบบบูรณาการตามแนวปฏิบัติแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกที่เน้นการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (3) เสริมสร้างความเข้มแข็งของสหวิชาชีพทุกระดับให้มีความรู้และทักษะในงานเช่น อบรม

เฉพาะทางให้บุคลากรใหม่ ให้บุคลากรทุกฝ่ายได้พัฒนาความรู้ต่อเนื่อง (4) พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ดี เชื่อมต่อข้อมูลผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วน

5.2 สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

การพัฒนาเกิดผลลัพธ์เป็น “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพิ่มเติมควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาโรคจิตเภทที่ผสมผสานวิธีการบำบัดรักษาโรคจิตเภทอย่างบูรณาการตามบริบทของแหล่งบริการ ผู้ให้บริการเป็นพยาบาลจิตเวช ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมเป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาและติดตามดูแลต่อเนื่อง ณ แผนกผู้ป่วยนอก กิจกรรมมีดังนี้ *กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม* ตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Experiential Learning) ตามแนวคิดของโคลบ ประกอบด้วย 3 เรื่อง ดังนี้ เรื่องที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ได้แก่ (1) ความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลผู้ป่วย (2) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (3) การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา เรื่องที่ 2 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ครอบคลุมสาระการเรียนรู้ (1) สาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นการกำเริบ (2) การจัดการกับอาการเตือน (3) การจัดการกับความเครียด เรื่องที่ 3 บทบาทของญาติ/ผู้ดูแล (1) ทักษะและความคาดหวัง (2) การสื่อสารในครอบครัว (3) ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีสื่อการเรียนรู้ได้แก่ (1) คู่มือโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาฯ (2) คู่มือความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (3) สไลด์ประกอบการบรรยาย (4) กรณีศึกษา ใบกิจกรรม บทสาธิต *กิจกรรมที่ 2 การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง* ภายหลังผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้ว โดยทำการติดตาม 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 12 24 พร้อมกับการมารับบริการตามนัดหมายปกติหรือติดตามทางโทรศัพท์ ได้แก่ (1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการกำเริบซ้ำ ได้แก่ อาการทางจิต การรับประทานยา การมีผู้ดูแลที่มีศักยภาพในการดูแล การใช้สารเสพติด ภาวะเครียด (2) ประเมินอาการเตือนของการกำเริบซ้ำ (3) ประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วย (4) การแก้ไขปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย (4) สรุปและประเมินผลการดูแล โปรแกรมผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน มีค่าความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.75-1.0 ผ่านทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ต่อไป

5.3 ผลการดำเนินงานรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

การศึกษาผลการดำเนินงาน ตาม “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) แบบวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

การคัดเข้าและยินดีให้ความร่วมมือ ทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน และผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรวม 52 คน เครื่องมือที่วิจัย เป็นแบบประเมินมาตรฐาน ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.6-0.91 เช่น แบบประเมินอาการทางจิต PANSS-T แบบวัดภาวะเครียด T-PSS แบบวัดความรู้ และเครื่องมือที่วิจัยที่ผู้วิจัยสร้าง เช่น แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 4 คน มีค่าความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.75-1.0 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

สรุปผลการศึกษา

1. **ข้อมูลลักษณะประชากร** ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก จำนวน 52 คน กลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 28 คน เป็นเพศชายร้อยละ 62.5 และ 53.6 มีอายุระหว่าง 18-54 ปี อายุเฉลี่ย 34.58 และ 31.33 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 58.3 และ 67.9 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.2 และ 50.0 การประกอบอาชีพ ลูกจ้าง รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.3 และ 10.7 และว่างงานร้อยละ 16.7 และ 21.4 มีรายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 9,041 บาทและ 7,180 บาท ระยะเวลาที่ป่วยนาน 1-22 เดือน เฉลี่ย 7.04 และ 8.71 เดือน มีผู้ดูแลหลักเป็นพ่อแม่ หรือลูก ร้อยละ 50 และ 46.4 การเปรียบเทียบสัดส่วนหรือค่าเฉลี่ยของลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย ผู้ดูแลหลัก การมีญาติสายตรงป่วยจิตเวช การใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน $p > 0.05$ ผู้ดูแลหลัก มีจำนวน 52 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.5 อายุระหว่าง 23-70 ปี เฉลี่ย 47 ปี สถานภาพสมสร้อยละ 86.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.8 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมและ ลูกจ้าง รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.5 ผู้ดูแลหลักมีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 600-80,000 บาท เฉลี่ย 15,037.5 บาท ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 7.94 เดือน การเปรียบเทียบสัดส่วนหรือค่าเฉลี่ยของลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ป่วย ของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน $p > 0.05$ บุคลากรทางสุขภาพ มีจำนวน 13 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 อายุระหว่าง 30-58 ปี เฉลี่ย 42.77 ปี มีระดับการศึกษา สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 76.9 เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 84.6 บุคลากรร้อยละ 76.9 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่ง มากกว่า 10 ปี เฉลี่ย 20.38 ปี

2. **การเปรียบเทียบอาการทางจิต ภาวะเครียด การกลับเป็นซ้ำ และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วย**

2.1 **อาการทางจิต** ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวม และรายด้าน คือ ด้านอาการทางบวก อาการทางลบ และด้านกลุ่มอาการทางจิตทั่วไป ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 1.32 1.25, 1.51, 1.27 (ไม่มีอาการ) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.37 1.35, 1.52, 1.31 (ไม่มีอาการ) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวม และรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) การติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 1.32 1.09 1.11 1.14

ตามลำดับ การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 12 24 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่ออาการทางจิต สะท้อนให้เห็นปัจจัยด้าน ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองที่ดี (insight) รู้จักว่าตนมีอาการทางจิตลดลง มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา มีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และการรู้จักป้องกันปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคกำเริบ

2.2 ภาวะเครียด ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ เท่ากับ 17.15 (เครียดระดับต่ำ) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 16.20 (เครียดระดับต่ำ) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) หลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยภาวะเครียด ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 13.50 12.67 11.50 ตามลำดับ การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 12 24 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ความคิดเห็นต่อภาวะเครียด สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมได้พัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด และนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน

2.3 การกลับเป็นซ้ำ การติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ โดยรวมพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการกำเริบและกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนี้ *กลุ่มทดลอง* ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบและกลับเป็นซ้ำ 3 คน 4 ครั้ง แบ่งเป็น อาการทางจิตกำเริบ 2 คน คนละ 1 ครั้ง และกลับเป็นซ้ำ 1 คน 2 ครั้ง สาเหตุ ได้แก่การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และประสบปัญหาทางจิตสังคม *กลุ่มควบคุม* มีผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบและกลับเป็นซ้ำ 3 คน 6 ครั้ง แบ่งเป็นอาการทางจิตกำเริบ 2 คน 3 ครั้ง และกลับเป็นซ้ำ 1 คน 3 ครั้ง สาเหตุที่พบได้แก่การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และการใช้เครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้น/คาเฟอีน การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ความคิดเห็นต่อการกลับเป็นซ้ำ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต การใช้สารเสพติด และภาวะเครียด

2.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 15.58 (ระดับสูง) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 14.89 (ระดับสูง) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) หลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 17.59 17.95 และ 18.59 ตามลำดับ การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 12 24 สัปดาห์ มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่า เฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งระยะ 4 12 24 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016 0.029 0.013$) ตามลำดับ มีความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนให้เห็นถึง ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ที่ได้รับการพัฒนาซึ่งนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา ปรับปรุงพฤติกรรมและมีเป้าหมายที่ดีในชีวิต

2.5 ความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกหลังร่วมโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.88(SD=1.060) 9.35(SD=0.772) 9.39(SD=0.896) ตามลำดับ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก กลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.85(SD=0.972) 8.78(SD=0.875) และ 8.57 (SD=1.170) ตามลำดับ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนให้ถึง ปัจจัยด้านทัศนคติต่อตนเอง การได้ก้าวผ่านความรู้สึกด้อยค่าที่เป็นผู้ป่วย และด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษา

3. การเปรียบเทียบภาวะเครียด ความรู้ และความพึงพอใจ ของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ป่วย

3.1 ภาวะเครียด ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลหลัก ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.96 (เครียดระดับต่ำ) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 14.19 (เครียดระดับต่ำ) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) การติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลอง เท่ากับ 14.20 12.50 13.45 ตามลำดับ (เครียดระดับต่ำ) เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนให้ถึงการพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด และนำมาใช้ในชีวิตประจำวัน

3.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลหลักก่อนได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 15.67 (ต่ำกว่าระดับปรับปรุง) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 17.56 (ต่ำกว่าระดับปรับปรุง) การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) หลังได้รับโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลอง เท่ากับ 21.20 21.65 และ 23.15 ตามลำดับ การเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามีความเปลี่ยนแปลงมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 4 24 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.021 0.005$) ความคิดเห็นของผู้ดูแลหลัก สะท้อนว่ามีการพัฒนาปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและบทบาทของผู้ดูแล จนเกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน ทำให้มั่นใจในการนำไปปฏิบัติ

3.3 ความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.09(SD=1.419) 9.48(SD=0.890) และ 9.26(SD=0.994) ตามลำดับ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก กลุ่มควบคุม เท่ากับ 9.11(SD=0.850) 9.11(SD=0.896) และ 8.90(SD=0.827) ตามลำดับ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ความคิดเห็นของผู้ดูแลหลักที่ร่วมโปรแกรมสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาปัจจัยด้านทัศนคติต่อตนเองที่เกิดจากการได้เรียนรู้บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วย

4. ความคิดเห็นของบุคลากรต่อผลการดำเนินงานตามโปรแกรม

4.1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ประเด็น 1) การพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ 2) รูปแบบ เนื้อหา กิจกรรม สื่อ การใช้ระยะเวลาเรียนรู้ 1 วัน และมีการติดตามต่อเนื่อง 3 ครั้งพร้อมการนัดหมาย หรือทางโทรศัพท์ มีความเหมาะสม 3) ได้รับ

ความร่วมมือจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างดี 4) โรงพยาบาลมีระบบให้บริการที่ดี บุคลากรมีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และการประสานงานมีประสิทธิภาพ

4.2 บุคลากรเกิดการเรียนรู้พัฒนา ในประเด็น 1) การสร้างรูปแบบให้บริการ โปรแกรมการดูแลที่บูรณาการแนวคิดวิธีการ และบูรณาการทั้งกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การให้บริการ บำบัดดูแลตามโปรแกรม 3) การทำงานเป็นทีม

4.3 ประสิทธิภาพของโปรแกรม ได้แก่ประเด็น ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พัฒนาปัจจัยการ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 2) ทักษะติดต่อผู้ป่วยและทัศนคติ ต่อโรค 3) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) ความร่วมมือในการดูแลรักษา

4.4 ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ 1) การขยายผลการให้บริการนี้ไปสู่ทีมจิตเวชในแหล่งอื่น ๆ และผู้ป่วยรายอื่น ๆ 2) การปรับปรุงโปรแกรม เนื้อหา กิจกรรม สื่อ 3) การขยายระยะเวลาติดตามผล

5.4 อภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก มีการอภิปรายผลในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ ฯ ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการนี้ ด้วยการวิจัยเชิงทดลองแบบ วัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง และติดตามวัดประเมินผลหลังใช้รูปแบบการดูแล ที่ระยะ 4 12 24 สัปดาห์ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีผลการศึกษาที่แสดงความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลได้ดังนี้

1) อาการทางจิต (PANSS-T) ของผู้ป่วย การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิต (PANSS-T) ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลได้ดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกกลุ่มทดลอง 22 คนคิดเป็นร้อยละ 91.66 และกลุ่มควบคุม 25 คนคิดเป็นร้อยละ 89.28 มีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง โดยผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาตามมาตรฐานของการบำบัดรักษาโรคจิตเภทของแหล่งบริการ โดยได้รับยากลุ่มยารักษาโรคจิต (antipsychotics drugs) เป็นหลัก เช่น ยารักษาโรคจิตรุ่นแรก (first generation antipsychotics) ได้แก่ perphenazine fluphenazine ยารักษาโรคจิตรุ่นสอง (second generation antipsychotics) เช่น clozapine risperidone (เกษม ต้นติผลาชีวะ และคณะ, 2558) ร่วมกับยากลุ่มอื่นประกอบด้วยยากลุ่มยาคาลายกังวล (anxiolytic drugs) เช่น clonazepam diazepam lorazepam (Corfdir & Pelissolo, 2019) และ ยากลุ่มยาควบคุมอารมณ์ (mood-stabilizing drugs) เช่น valproate (Schloesser et al., 2012) มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2555) กล่าวว่าการให้ยาเป็นวิธีการรักษาหลักที่ใช้เพื่อการรักษาโรคจิตเภท โดยให้ยากลุ่มยารักษาโรคจิต (antipsychotics drugs) ซึ่งช่วยควบคุมอาการทางจิตทำให้อาการแสดงของโรคลดลงเกือบทุกอาการ โดยเฉพาะอาการทางบวก

ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกจะตอบสนองต่อยาในระยะ 4-6 สัปดาห์ และมีอาการดีขึ้นมากจนถึงหายจากอาการ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับยาอย่างต่อเนื่องจึงเกิดประสิทธิผลในการรักษาที่ช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่เหลือน้อยมากหรือหมดไปและสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินอาการทางจิตที่ได้จากการศึกษาโดยค่าเฉลี่ยอาการทางจิต (PANSS-T) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่าง 1.09-1.14 อยู่ในระดับไม่มีอาการ

2) ภาวะเครียดของผู้ป่วย การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเครียด (T-PSS) ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลได้ดังนี้ นอร์แมน และคณะ (Norman et al., 2002) กล่าวว่า การประสบกับสถานการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดได้จาก 3 สถานการณ์ ได้แก่ *สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท* ที่ทำให้กระบวนการทางสรีระวิทยาผิดปกติ อาการของโรค รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาโรคจิต *สถานการณ์ความเครียดที่มีสาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง* เช่น ผลกระทบของโรคจิตเภท การสูญเสียเป้าหมายในชีวิต การรับรู้ตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น การประกอบอาชีพ การใช้เวลารว่าง และการพักผ่อน และปัญหาสภาพการเงิน *สถานการณ์ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม* ได้แก่ สัมพันธภาพกับครอบครัว และบุคคลอื่น การรับบริการด้านสุขภาพ และการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Norman et al., 2002) ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 22 คนคิดเป็นร้อยละ 91.66 และกลุ่มควบคุม 25 คนคิดเป็นร้อยละ 89.28 มีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษา โดยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมาติดตามรักษาต่อเนื่องตามนัดทุกครั้ง การประเมินภาวะเครียดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะเครียด (T-PSS) เท่ากับ 17.15 และ 16.20 (เครียดระดับต่ำ) และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อครบ 24 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยภาวะเครียด เท่ากับ 11.15 และ 13.08 (เครียดระดับต่ำ) นั่นอาจเป็นผลเนื่องมาจาก (1) เกิดประสิทธิผลร่วมกันจากการรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งประกอบด้วยยาในกลุ่มยารักษาโรคจิต (antipsychotics drugs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นยารักษาโรคจิตรุ่นสอง (second generation antipsychotics) ซึ่งให้ผลควบคุมอาการทางจิต และสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล หรือกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภท (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ร่วมกับการใช้ยาในกลุ่มยาคายกังวล (anxiolytic drugs) เช่น clonazepam diazepam lorazepam (Corfdir & Pelissolo, 2019) และยาในกลุ่มยาคควบคุมอารมณ์ (mood-stabilizing drugs) เช่น valproate (Schloesser et al., 2012) ดังนั้น ประสิทธิภาพในการรักษาจึงช่วยระบบการทำงานของสารชีวเคมีในสมองได้ปรับคืนสู่ภาวะสมดุลผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ภาวะวิตกกังวล ความตึงเครียดจึงผ่อนคลายลง (2) แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับปัจจัยความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การที่สังคมไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย การวิพากษ์วิจารณ์ การตำหนิผู้ป่วย รวมทั้งเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความทุกข์ และรบกวนผู้ป่วย เช่น ความยากจน การว่างงาน ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษานี้มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 8,039 บาท และว่างงานร้อยละ 19.2 อย่างไรก็ตาม (3) ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกส่วนมากได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและหรือญาติ โดยร้อยละ 48.1 เป็นบิดา มารดา บุตร ร้อยละ 30.8 เป็นสามี

ภรรยา ร้อยละ 21.2 เป็นพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่สังเกตเห็นอาการผิดปกติ และพามารับการรักษา และเป็นผู้สนับสนุนและดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องตามแผนการรักษารวมทั้งช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน จนถึงระยะที่ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ การสนับสนุนจากผู้ดูแลจึงช่วยลดผลกระทบจากโรคจิตเภทและช่วยผ่อนคลายสถานการณ์ความเครียดให้แก่ผู้ป่วยผลการประเมินภาวะเครียด (T-PSS) จึงไม่แตกต่างกัน

3) ภาวะเครียดของผู้ดูแล การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะเครียด (T-PSS) ผู้ดูแลหลัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความเครียดระดับต่ำ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลได้ดังนี้ ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมาก่อนและร้อยละ 88.5 ไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคทางจิต ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยนาน 1-22 เดือน เฉลี่ย 7-8 เดือน ดังนั้นการป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกนี้จึงเป็นเรื่องใหม่สำหรับครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตของผู้ป่วย การพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การค้นหาแหล่งให้การบำบัดรักษาทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Tharoor & Ganesh, 2015) การศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรกในฮ่องกงพบว่าผู้ดูแลที่มีความทุกข์กับพฤติกรรมที่ยากลำบากและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ผู้ดูแลไม่ได้แต่งงาน ผู้ป่วยว่างงาน ระยะเวลาของโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ประวัติของการทำร้ายตนเอง อาการทางบวก และอาการทางลบ (Mo et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจรรยา โลหาศีวะ (2561) ที่ระบุว่าภาระเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก ครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดและความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพกายสุขภาพจิต ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ 1) อาการของโรคจิตเภท ซึ่งการจัดการโรคทางจิตยุ่งยากมากกว่าโรคทางกาย และอาการเจ็บป่วยทางจิตส่งต่อการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก 2) การประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียด 3) แหล่งสนับสนุนทางสังคม (สุจรรยา โลหาศีวะ, 2561) ดังนั้นผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงอยู่ในระยะที่มีการเผชิญความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ผลการประเมินภาวะเครียด (T-PSS) จึงไม่แตกต่างกัน

2. ผลลัพธ์ที่เพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปกป้องผู้ป่วยจากปัจจัยกำเริบ

ผลการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกๆ “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” พบว่ามีผลลัพธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลักได้รับการสร้างเสริมพัฒนาในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น มีการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น รวมทั้งได้ปรับทัศนคติมุมมองต่อตนเองและการเจ็บป่วยทางจิตเวช จึงเกิดร่วมมือในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การบำบัดรักษาจึงเกิดประสิทธิผล คือผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลงในระดับที่ไม่มีอาการ และได้ผลสำเร็จในการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปกป้องผู้ป่วยจากปัจจัยกำเริบ ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ ดังนี้

1) ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท โอเร็ม (Orem et al., 2001) กล่าวว่า การศึกษาเป็นปัจจัยอันสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ ทักษะคติทางบวกต่อการดูแล บุคคลที่พึ่งพา ในการศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ฮาซันและคณะ (Hasan et al., 2014) กล่าวว่า ความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลคือช่วยให้มีสมรรถนะความสามารถที่มากพอที่จะใช้ในการจัดการกับ ภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา กลยุทธ์การแก้ปัญหาและทักษะการสื่อสาร สอดคล้องกับ การทบทวนวรรณกรรม โดย Cochrane ซึ่งได้วิเคราะห์บทความวิจัย จำนวน 44 เรื่องที่ตีพิมพ์ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2552 โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 5,142 คน สรุปได้ว่าการมีองค์ความรู้ที่ดีขึ้นเกี่ยวกับ ภาวะผิดปกติ มีผลให้การกำเริบซ้ำน้อยลง การกลับมารักษาในโรงพยาบาลน้อยลง จำนวนวันที่รักษา ในโรงพยาบาลน้อยลง ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น นอกจากนี้อาการทางคลินิกที่ดีขึ้น นั้นยังส่งผลให้ การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทาง สุขภาพจิตมากขึ้น ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยให้สุขภาพจิตศึกษา จึงถือได้ว่าเป็นวิธีการที่มี ประสิทธิภาพ (Xia et al., 2011a; Xia et al., 2011b)

2) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้สอดคล้องแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มาตรฐานตามนัด ปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยจะได้รับผลดีคือ อาการทางจิตสงบ หรือหายจากโรคจิต เภท มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและมีทัศนคติต่อการรักษาในทางที่ดีขึ้น (ชยานันท์ แสงปาก และคณะ , 2560) เกิดความเข้าใจและการยอมรับว่าภาวะสุขภาพของตนเองมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการ บำบัดรักษา (Mert et al., 2015) ดังนั้นผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือเพื่อดูแลตนเองตามแผนการรักษา อย่างต่อเนื่อง และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเอง เช่น สามารถจัดยารับประทานด้วยตนเองได้ สามารถมาโรงพยาบาลตามนัดได้ด้วยตนเอง สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ตามปกติ ดังนั้นการที่ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา จึงเป็นปัจจัยป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยได้ (Sariah et al., 2014) ส่วนผลในเชิงลบคือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อน หน้านี้ที่ระบุว่า ปัญหาด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำที่พบได้ มากที่สุด และยังเป็นตัวแปรที่ทำนายการกำเริบซ้ำโดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังจากการจำหน่าย จากโรงพยาบาล (Olivares et al., 2013; Higashi et al., 2013; Mert et al., 2015; Xiao et al., 2015) ดังนั้น การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (มาโนช หล่อ ตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; นันทวิช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558; Katherine M. Fortinash, & Worret, 2012; Sariah et al., 2014; Mert et al., 2015)

3) การสนับสนุนจากผู้ดูแลหรือญาติ ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก ส่วนมากได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวหรือญาติ ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแล ช่วยเหลือ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่สังเกตเห็นอาการผิดปกติและพามารับการรักษา จนถึงระยะที่ผู้ป่วย สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ โดยการเป็นผู้สนับสนุนและดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การพามาตรวจตามนัด การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริม

ความสามารถของผู้ป่วย เช่น การทำงานบ้าน การประกอบอาชีพ รวมถึงเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ แนะนำตักเตือนให้ดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม และหลีกเลี่ยงสารเสพติด ดังนั้นครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเต็มไปด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย มีความเฉพาะเจาะจงและละเอียดอ่อน ความสามารถของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับ ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Purba et al., 2016) เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษา ผู้ดูแลทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อน มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยนาน 1-22 เดือน เฉลี่ย 7-8 เดือน การป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรกที่เกิดขึ้นนี้จึงเป็นเรื่องใหม่สำหรับครอบครัว ซึ่งมีบทบาทในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตของผู้ป่วย การพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การค้นหาแหล่งให้การบำบัดรักษาทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Tharoor & Ganesh, 2015) ผู้ดูแลหรือญาติจึงยังขาดประสบการณ์และมีความสามารถไม่เพียงพอ ขาดความมั่นใจ และประสบกับความยากลำบากในการกำกับดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การพามาตรวจตามนัด รวมทั้งขาดความสามารถในด้านอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น การเป็นที่ปรึกษาให้กำลังใจ การช่วยผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงสารเสพติดและการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ พบว่าการที่ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตกำเริบ (Ahmad et al., 2017) และสามารถทำนายการเกิดอาการทางจิตได้ร้อยละ 22.2 (กชพร รัตนสมพร และคณะ, 2558) หากผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในระดับต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ (San et al., 2013)

3. ปัจจัยเสี่ยงที่ท้าทายต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากผลการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและมีการกลับเป็นซ้ำ มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ ขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้สารเสพติด และภาวะเครียด รวมถึงการมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยง ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนี้

1) การใช้สารเสพติด จากผลการศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและมีการกลับเป็นซ้ำเป็นผู้ที่เคยใช้สารเสพติดมาก่อน เช่น ยาบ้า สุรา ยาไอซ์ บุหรี่ เครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้น/คาเฟอีน เช่น กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เมื่ออาการสงบลงระยะหนึ่งได้กลับมาใช้สารซ้ำอีก จึงเป็นส่งผลให้อาการกำเริบสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร มณีกานนท์ และคณะ (Somjit et al., 2014) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวช (รวมทั้งโรคจิตเภท) มีความชุกของการใช้สารเสพติดดังนี้ ความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 86.2 และความชุกช่วง 3 เดือน ร้อยละ 47.9 สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้า และกาแฟ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงร้อยละ 13.7 สารเสพติดที่ใช้แบบเสี่ยงสูงเรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ ยาสูบ สุรา กาแฟ และยาบ้า เหตุผลการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ คือ เพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคม อยากรู้แก้อาการเบื่อ เซ็ง เหงา และอยากรู้แก้อาการข้างเคียงของยาจิตเวช หลังการเสพยาจะมีภาวะเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ ฤทธิ์ของสารก็แตกต่างกันไป เช่น แอมเฟตตามีน หรือยาบ้า จะเกิดอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว หลงผิด หวาดระแวง พูดคุยไม่รู้เรื่อง ประสาทหลอน ความจำเสื่อมและมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น การศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของไทย Sooksompong และคณะ (2016) พบว่า การใช้สารเสพติด

ติดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่เสพสารเสพติดจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 การใช้สารเสพติดที่มากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นและยากต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ส่งผลให้มีการกลับเป็นซ้ำและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องผลการศึกษาของ Alvarez-Jimenez และคณะที่ (Olivares et al., 2013) ทำการศึกษาแบบ systematic review and meta-analysis ในรายงานการวิจัยที่ใช้รูปแบบการศึกษาระยะยาว พบว่าการใช้สารเสพติดจะส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ และการกำเริบซ้ำยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท คือ มีผลการบำบัดรักษาที่ไม่ดี มีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ สมรรถนะด้านการรู้คิดเสื่อมถอย และคุณภาพชีวิตลดลง

2) การประสบบกับปัญหาด้านจิตสังคม ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกจากการประสบบกับปัญหาทางจิต และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและมีการกลับเป็นซ้ำประสบบกับ ภาวะเครียด และประสบบกับปัญหาภายในครอบครัว ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง ความขัดแย้งระหว่างสมาชิก ผู้ป่วยได้รับความกดดัน จัดการความเครียดหรือระบายนความทุกข์ไม่เหมาะสม ปรับตัวไม่ได้ จึงมีอาการกำเริบ อันเนื่องจากความบกพร่องของทักษะการสื่อสาร การทำบทบาทหน้าที่การทำงาน/การเรียน การทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผลกระทบจากอาการทางลบ (negative symptoms) (Wu et al., 2017) รวมทั้งความเปราะบางหรือจุดอ่อนบางประการของบุคคลที่มีอยู่ก่อนแล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันหรือมีความเครียด จึงใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Delawalla, 2010) ซึ่งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (Gurak & Weisman de Mamani, 2015; Koutra et al., 2014) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัว ที่มีการตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ แสดงความรู้สึกต่อกันอย่างไม่เป็นมิตร และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของโรค

3) ความยั่งยืนในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำนั้นได้ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองต่อเนื่องในระยะแรก จนกระทั่งอาการทางจิตสงบลงแล้วในช่วงสัปดาห์ที่ 20 เป็นต้นไป ผู้ป่วยคิดว่าหายป่วยแล้ว ประกอบกับมีอาการข้างเคียงจากยาบางอย่าง เช่น รู้สึกง่วงนอน อ่อนเพลียง่าย จึงตัดสินใจหยุดรับประทานยาเอง หยุดมารับบริการตามนัดหมาย และเมื่อมีอาการกำเริบจึงมาโรงพยาบาล โดยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดย ไนแมนและคณะ ที่พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ การลืม ยาหมด การไม่อยู่ที่บ้าน การประหยัดค่าใช้จ่าย มีอาการข้างเคียง ยุ่งยาก การรักษาไม่ได้ผล ไม่ชอบใช้ยา รวมทั้ง ไม่ตระหนักว่าจำเป็นต้องรักษา (Neiman et al., 2017) เมื่อเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายทุกข์ทรมาน จึงไม่ให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาตามแผนรักษาและหยุดยา กับทั้งมีความไม่เข้าใจในการใช้ยา จึงการปรับลดขนาดยาที่รับประทานด้วยตนเอง (ราตรี เจริญธรรม, 2553; Robinson et al., 2002; Suttajit et al., 2010; Velligan et al., 2017) นอกจากนี้ หนึ่งในสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำ คือการที่ผู้ดูแลหรือญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแล อันเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยทำให้ญาติรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลจึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและสิ้นหวัง ส่งผลให้ญาติดูแลใส่ใจผู้ป่วยน้อยลง ผู้ป่วยบางรายจึงกลับเป็นซ้ำ (ฉันทติกา ชูรัตน์, 2559) ซึ่งแสดงถึงความเกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจัยความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และความรู้เกี่ยวกับโรคจิต

อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต การสนับสนุนจากผู้ดูแล ที่นำไปสู่ความยั่งยืนในการดูแลรักษาของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

4) จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยและพัฒนาดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยรูปแบบการวิจัยแบบรองรับภายใน ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยขั้นการสำรวจ วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ (Research; R1) และใช้การวิจัยเชิงทดลองในขั้นทดสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Research; R2) (Hanson et al., 2005; Klassen et al., 2012) การวิจัยมีจุดเด่นและข้อจำกัดในการดำเนินงานดังนี้ การวิจัยในชั้นที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลแบบบูรณาการฯ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก ผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นผู้เผชิญเหตุการณ์ตามสภาพจริง และบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีประสบการณ์ทำงานในส่วนนี้มานานเฉลี่ยมากกว่า 20 ปี ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนให้ความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ผู้วิจัยมีการดำเนินงานตามหลักวิธีการวิจัยและเตรียมการ “ทำการบ้านอย่างดี” (สิริกร สุวณิชย์รัฐชา, 2559) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และสืบค้นข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพที่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลในเชิงคุณภาพจากผู้ร่วมวิจัยที่การอธิบายถึงการรับรู้ต่อประเด็นคำถามต่าง ๆ ได้อย่างลุ่มลึก พรรณนารายละเอียด สะท้อนภาพของสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน ด้วยข้อมูลที่หลากหลาย ไม่เพียงแต่คำตอบเดียว หรือตามที่ได้ออกแบบไว้ที่ต้องการทดสอบสมมุติฐานเท่านั้น แต่ยังได้ข้อค้นพบประเด็นใหม่เกิดขึ้นในระหว่างการศึกษา ที่สามารถพัฒนาและศึกษาต่อ รวมถึงช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (แหวดา พรหมเสน, 2554) ดังนั้นผลการวิเคราะห์ที่ได้จึงเปิดเผยให้เห็นสภาพปัญหาที่แท้จริง ซึ่งได้นำเข้ามาสู่กระบวนการออกแบบพัฒนารูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของแหล่งบริการและเกิดประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าผลการศึกษาศาสนการณ์การดูแลแบบบูรณาการฯ ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นจุดเด่นของงานวิจัยนี้

สำหรับประเด็นในด้านข้อจำกัดของงานวิจัย ในขั้นการทดสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Development; D1) การทดลองใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรก โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง แบบวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง ในระยะ 4 12 24 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินดีให้ความร่วมมือ และทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน ซึ่งขนาดตัวอย่างนี้ไม่เป็นไปตามแผนการวิจัย ซึ่งมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 51 คน โดยมีข้อจำกัดเนื่องจากช่วงระยะเวลาที่กำหนดให้มีการรับสมัครและคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่การวิจัยนั้น พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือรวมถึงพื้นที่ในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด ประสบอุทกภัยอย่างต่อเนื่องจากพายุไต้ฝุ่น 2 ครั้ง คือ พายุระดับ 3 (โซนร้อน) “โพดุล” และพายุระดับ 3 (โซนร้อน) “คาจิกิ” (กรมอุตุนิยมวิทยา, 2562) จึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการมารับบริการ และส่งกระทบต่อกระบวนการวิจัยและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจึงได้ขนาดตัวอย่างน้อยกว่าที่กำหนด ซึ่ง จรณิต แก้วกั้งวาล และ ประตาศ สิงหิวานนท์ (2561) กล่าวว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นเรื่องที่หนักใจเรื่องหนึ่งของนักวิจัยทางคลินิกเพราะขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปอาจทำให้ไม่อาจสรุปผลการวิจัย

ได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลมากพอที่จะทราบผลการศึกษาหรือค่าสถิติที่ได้ไม่อาจให้ผลสรุปหรือคำตอบที่สนใจจะศึกษา และการศึกษาที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากพอจะสร้างความน่าเชื่อถือให้งานวิจัยเชิงปริมาณ (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2556; Polit & Tatano, 2010) ดังนั้นการได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยจึงเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ออกแบบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผสมผสานทั้งใช้แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนถึงประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการฯ จากกลุ่มตัวอย่างนี้มาใช้ในการพัฒนา (นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์, 2555)

5.5 ข้อเสนอแนะ

5.5.1 ข้อเสนอแนะสำหรับการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

1) รูปแบบการบริการภายใต้บริบทของแหล่งบริการระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมรูปแบบการดูแลฯ ที่ได้จากการศึกษานี้เกิดขึ้นจากความร่วมมือของหลายฝ่าย ทั้งผู้รับบริการ ผู้ดูแลรวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพที่เป็นทีมจิตเวช รูปแบบการดูแลฯ นี้ได้จากการออกแบบที่พิจารณาถึงความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการตามบริบทการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีการเจ็บป่วยในระยะแรกและมุ่งตรงเพื่อมารับการบำบัดรักษาจากหลากหลายจังหวัด ทั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบและนอกเขต จึงมีปริมาณผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกมารับบริการมากในระดับหนึ่ง นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมายส่วนหนึ่งมีภูมิลำเนาออกเขตบริการหรืออยู่ต่างจังหวัดมีข้อจำกัดเรื่องการเดินทางและระยะเวลาการร่วมกิจกรรม ดังนั้นทีมวิจัยจึงใช้ระยะเวลาการจัดกิจกรรมภายใน 1 วัน แล้วจึงให้การดูแลต่อเนื่องอีก 3 ครั้งโดยให้การดูแลพร้อมกับการมาตรวจตามนัดหมายที่โรงพยาบาลหรือติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทของแหล่งบริการระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความระบอบบริการที่พร้อม มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาและการประสานงานเป็นอย่างดี จึงสะท้อนภาพของผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการนำใช้รูปแบบการดูแลฯ นี้ จะมีความเหมาะสมหากหน่วยบริการที่นำไปใช้นั้นมีบริบทของการให้บริการสถานการณ์ปัญหาความต้องการที่คล้ายคลึงกับแหล่งศึกษานี้

2) การขยายผลไปสู่หน่วยบริการระดับตติยภูมิ การขยายผลรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกเชื่อมต่อการดูแลไปสู่หน่วยบริการระดับตติยภูมิ นั้นมีความเป็นไปได้ โดยพัฒนาให้เป็นหน่วยบริการแม่ข่าย และขยายผลโดยการอบรมพัฒนาวิทยากร หรือ ครู ก เพิ่มเติม เพื่อให้บริการตามรูปแบบฯ นี้ แก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยอบรมพัฒนาทีมงานให้ได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม แล้วให้การดูแลตามแผนควบคู่ไปกับบริการผู้ป่วยนอกเป็นครั้งคราวตามปริมาณผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่มารับบริการในแหล่งนั้น ซึ่งอาจมีจำนวนผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป การอบรมพัฒนาวิทยากร ครู ก เพิ่มเติมในระยะเริ่มต้นทำโดยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นผู้ถ่ายทอด หลังจากนั้น ครู ก สามารถอบรมพัฒนาทีมงานเพิ่มเติมได้อีกตามความต้องการ

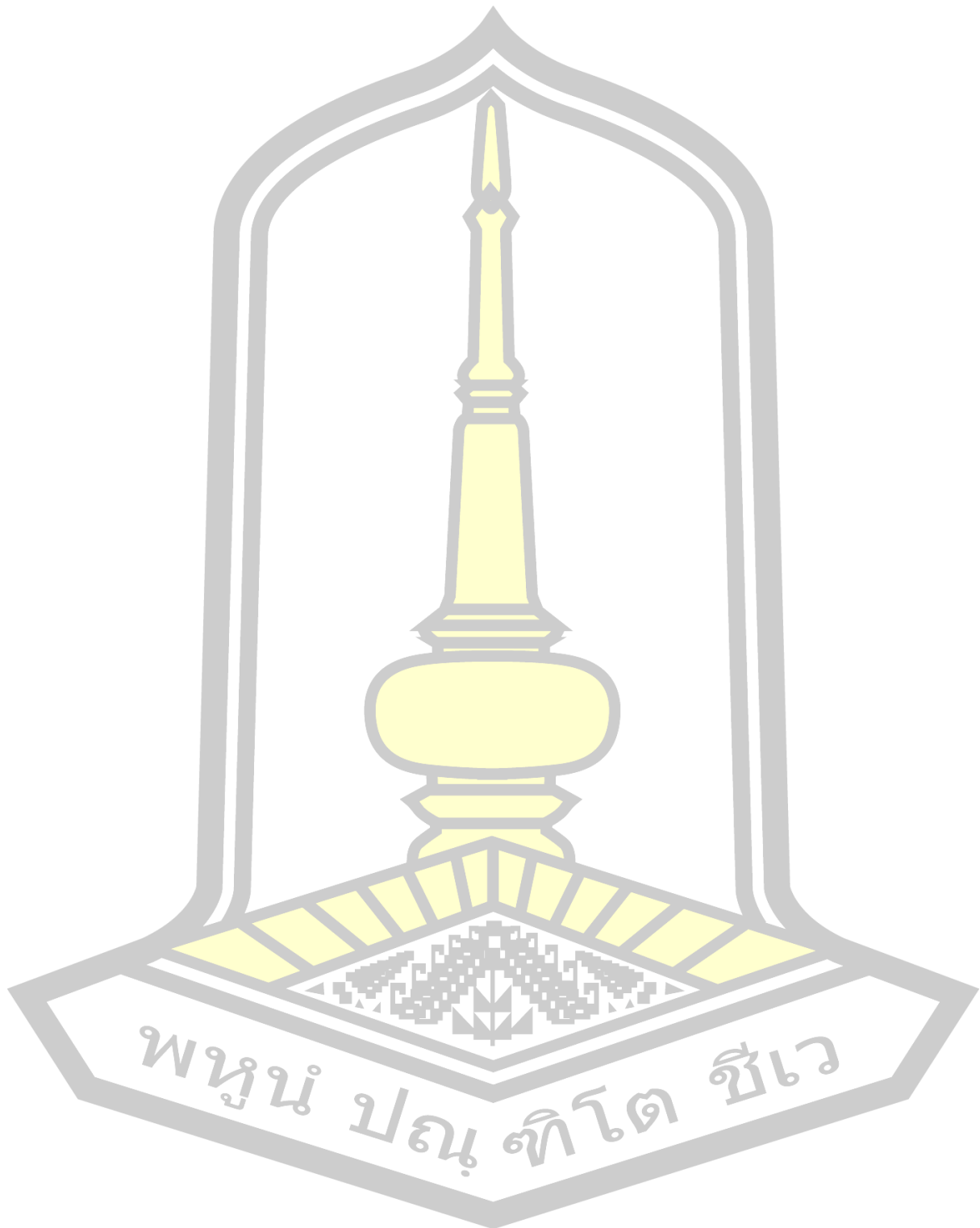
3) การขยายผลไปสู่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ การขยายผลรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก เชื่อมต่อการดูแลไปสู่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ นั้นมีความเป็นไปได้ สามารถเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่เป็นแม่ข่ายด้วยระบบส่งต่อ (referral system) โดยการส่งต่อผู้รับบริการเพื่อมารับบริการที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งรองรับการส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเพื่อให้สนับสนุนการติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกันให้การดูแลเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล อย่างไรก็ตามการเชื่อมรูปแบบบริการนี้ไปสู่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีการพัฒนาเพิ่มในด้าน แนวปฏิบัติเพื่อการดูแลต่อเนื่องสำหรับแหล่งบริการปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากที่สุด รวมถึงการพัฒนาทีมจิตเวชในชุมชน เพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งอาจคัดเลือกจาก บุคลากรทางสุขภาพ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่อยู่ในพื้นที่นั้น

5.5.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ควรศึกษาต่อเนื่องในวงรอบต่อไปโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และขยายระยะเวลาในการติดตามเพื่อสามารถสังเกตการณ์ผลลัพธ์ในเชิงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำรวมทั้งสังเกตพัฒนาการของโรคจิตเภทกำเริบซ้ำช่วงสองปีแรกได้อย่างชัดเจน



บรรณานุกรม



พหุบัณฑิตยาลัย

บรรณานุกรม

- กขพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรัชนิกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 0512(3), 99–112.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560 Annual Report 2017*. กรุงเทพฯ: บริษัท ละครม จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559 Annual Report 2016*. กรุงเทพฯ: บริษัท ละครม จำกัด.
- กรมอุตุนิยมวิทยา. (2562). *ประกาศกรมอุตุนิยมวิทยา เรื่อง พายุระดับ 3 (ไซนร้อน) “คากิ”* Retrieved from https://www.tmd.go.th/programs/uploads/announces/2019-09-03_05411.pdf.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556 Annual Report 2013*. กรุงเทพฯ: หจก. บางกอกบล็อก.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และคณะ. (2558). *คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาที่ใช้ทางจิตเวชศาสตร์. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติและคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยาสาขจิตเวชศาสตร์*. Retrieved from http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/main_drug_file/201711151418.
- ชนิษฐา สนเทห์. (2552). *สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มหลายครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2547). *การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 13 (มกราคม-มิถุนายน), 1-13.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2554). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด*.
- ชยานันท์ แสงปาก, ภัทรารณณ์ พุงปันคำ และ วรนุช กิตสัมพันธ์. (2560). ผลของการบำบัดเพื่อการรับประทายาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *พยาบาลสาร*, 44(1), 137–148.
- ชาญณรงค์ วิเศษสัตย์. (2562). *การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ส่งเสริมทักษะการคิดเชิงนวัตกรรมของนักศึกษาวิชาชีพครู. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). *การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปีเหล็ก ที่ประสบเหตุการณ์ ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์*, 3(1).

- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). *กรณีศึกษา:ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพศมัย ทายะรังษี, จีระพรรณ สุริยงค์ และพิมพ์ภาภรณ์ แก้วมา. (2554). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ*.
- ทิศนา แคมมณี. (2540). *การวิจัยทางการศึกษา (Educational Research)*. ใน *ทิศนา แคมมณี และสร้อยสน สกวรรณ์(บก.)*. *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลกา บุปผาสังข์. (2545). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2544). *วิทยาความเครียดในทางจิตเวชศาสตร์*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์. (2555). *วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานในงานสาธารณสุข (Mixed Methods Research Design in Public Health)*.วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 7(2), 130-152.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์. (2543). *การออกแบบการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ และคณะ. (2547). *ผลสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านปีงบประมาณ 2540-2546*. งานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. สุราษฎร์ธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พราราวี ดีกล้า. (2552). *เจตคติของครอบครัว ต่อผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ป่วย จิตเวชที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรสายใย ครอบครัว (Family Link) ของโรงพยาบาล ศรีฉัญญา และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้าร่วมกลุ่ม Family Education ของ โรงพยาบาลรามธิบดี*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พวงผกา คงวัฒนานนท์. (2556). *การใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธีเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยทางสุขภาพ Using Mixed Method for Creditability in Health Science Research*.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 7(ฉบับพิเศษ), 648-657.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท Textbook of schizophrenia*: กรุงเทพฯ : สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

- พิมพ์ภัตสร แสงบัณฑิต, ศีโรรัตน์ มงคลสวัสดิ์, สิวลี เปาโรหิตย์ และรัศมี สุวรรณวีระกำจร. (2558). การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตสุขภาพที่ 7. Retrieved from <http://www.jvkk.go.th/download/detail.asp?id=52>.
- พริยาภรณ์ เชื้อหอม. (2548). พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์ : รามาธิบดี. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับเรียบเรียงใหม่.
- ราตรี เครือวรรณ. (2553). การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่. รายงานการค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2557). รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2557. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2558). รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2558. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2559). รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2559. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- วัชรภรณ์ ลือไธสงค์. (2552). การตรวจทางสังคม : กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2551). วิธีวิทยาการวิจัย. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วีรพันธุ์ โขวิฑูรกิจ. (2556). *Clinical lipidology*. กรุงเทพฯ: เท็ก แอน เจนรัล พับลิเคชั่น จำกัด: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แววดา พรหมเสน. (2554). การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ *Qualitative Research and Quantitative Research*. วารสาร มทร.อีสาน, ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน, 95-102.
- ศรายุทธ วิทยุฒิ. (2562). การออกแบบการวิจัยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(PAR) ใน โครงการฝึกอบรม "สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่"(ลูกไก่) รุ่นที่ ๗ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติร่วมกับมหาวิทยาลัยนเรศวร, 14-18 ม.ค. 2562.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท (Schizophrenia) : ระบาดวิทยาและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54 (ฉบับผนวก 1), 215 - 375.
- สายรุ้ง จันท์เส็ง. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2558). ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.

- สิริกร สุวัชนันฐา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชและการรับรู้ลักษณะผู้ป่วยจิตเวช กับพฤติกรรมการสื่อสารของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 3(1), 97-109.
- สุจรรยา โลหาชีวะ. (2561). ความเครียดและปัจจัยก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 60-67.
- สุชาดา เวชการุณา. (2556). *การศึกษามลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาติ โกพันต์. (2553). *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*. กรุงเทพฯ: เจริญวัฒนาการพิมพ์.
- สุทธิศักดิ์ นรดี. (2555). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านหนองบัวตาแดง หมู่ 4 ตำบลคู่อำเภอปรังคู้ จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สว่างสิน. (2548). *การศึกษารายละเอียดผู้ป่วยจิตเภท*. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิต นานาชาติครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: <http://www.jvkk.go.th/research/qresearch.asp?code=0008>.
- สุรพีร์ เกิดจัน, ลูกจันทร์ วิทยถาวรวงศ์ และสุธา โลชาติกุล. (2542). ปัจจัยของญาติที่สัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช* 2, 2 (พ.ศ.-ส.ศ. 2542), 42-48.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2547). *แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช*. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์ และชฎิภรณ์ เสียงล้ำ. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อนงค์นุช ศาโศรก, ระวีวรรณ เต็มวานิช, เพลิน เสียงโข้คอยู่, ธนเนตร ฉันทลักษณ์ และวีร์ เมฆวิสัย. (2559). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขในเขตสุขภาพ(ฉบับทดลองใช้)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสต์เทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(3), 43-56.
- อภิชญา วงศ์คม. (2557). *การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ที่ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า = Psychosocial treatment for depressive disorder*. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร.
- อัญชลี ศรีจำเริญ. (2010). *อาหารและโภชนาการ : การป้องกันและบำบัดโรค*. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อาชวศรี คำหอม. (2552). *การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2005). *Development of Psychopathology: A Vulnerability-stress Perspective*. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc.
- Ahmad, I., Khalily, M. T., Hallahan, B., & Shah, I. (2017). Factors associated with psychotic relapse in patients with schizophrenia in a Pakistani cohort. *International Journal of Mental Health Nursing VO - 26, (4), 384*. <https://doi.org/10.1111/inm.12260>.
- Allott, K. A., Rapado-Castro, M., Proffitt, T.-M., Bendall, S., Garner, B., Butselaar, F., . . . Phillips, L. J. (2015). *The impact of neuropsychological functioning and coping style on perceived stress in individuals with first-episode psychosis and healthy controls*. [Article]. *Psychiatry Research*, 226, 128-135. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.032.
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A., . . . Gleeson, J. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia research*, 139(1), 116-128.
- an der Heiden, W., & Hafner, H. (2000). The epidemiology of onset and course of schizophrenia. [Article]. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 250(6), 292-303.
- Anderson, C. (1986). *Psychoeducational family therapy Treatment of Schizophrenia (pp. 145-151): Springer*.
- Antai-Otong, D. (2008). *Psychiatric nursing: Biological & behavioral concepts*: Thomson Delmar Learning.
- Arroll, M. A., Wilder, L., & Neil, J. (2014). *Nutritional interventions for the adjunctive treatment of schizophrenia: a brief review*. [Research Support, Non-U.S. Gov't].
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The Burden of Schizophrenia on Caregivers. [journal article]. *PharmacoEconomics*, 26(2), 149-162. doi: 10.2165/00019053-200826020-00005.
- Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistics*. Boston,. *PWS Publishers*, 2, 140-246.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., & et al. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: The opus trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 762-771. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.

- Brain, C., Kymes, S., DiBenedetti, D. B., Brevig, T., & Velligan, D. I. (2018). Experiences, attitudes, and perceptions of caregivers of individuals with treatment-resistant schizophrenia: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-13, <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1833-5>.
- Breitborde, N. J. K., Srihari, V. H., Woods, S. W., & Haven, N. (2015). *HHS Public Access*, 3(4), 259–265. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00148.x>.Review.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552. doi: 10.1001/archpsyc.55.6.547.
- Chakos, M. H., Mayerhoff, D. I., Loebel, A. D., Alvir, J. M., & Lieberman, J. (1992). Incidence and correlates of acute extrapyramidal symptoms in first episode of schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin*.
- Chan, S. W., Yip, B., Tso, S., Cheng, B. S., & Tam, W. (2009). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. [Randomized Controlled Trial]. *Patient education and counseling*, 75(1), 67-76. doi: 10.1016/j.pec.2008.08.028.
- Chemerinski, E., Ho, B.-C., Flaum, M., Arndt, S., Fleming, F., & Andreasen, N. C. (2002). Insomnia as a predictor for symptom worsening following antipsychotic withdrawal in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 43(5), 393–396. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/comp.2002.34627>.
- Chen, E. Y.-H., Hui, C. L.-M., Dunn, E. L.-W., Miao, M. Y.-K., Yeung, W.-S., Wong, C.-K., . . . Tang, W.-N. (2005). A prospective 3-year longitudinal study of cognitive predictors of relapse in first-episode schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 77(1), 99-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.020>.
- Chien, W. T., Bressington, D., Yip, A., & Karatzias, T. (2017). *An international multi-site , randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia, 2081–2096*. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000526>.
- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 357-373. doi: 10.2147/NDT.S96649 ndt-12-357 [pii].
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Corfdir, C., & Pelissolo, A. (2019). [Drug treatment of anxiety disorders]. *La Revue du praticien*, 69(9), 981-984.

- Creswell J.W., & Plano Clark V.L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Cunningham, C., & Peters, K. (2014). Aetiology of Schizophrenia and Implications for Nursing Practice: A Literature Review. [Article]. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(10), 732-738. doi: 10.3109/01612840.2014.908441.
- Delawalla, Z. (2010). *Stress reactivity, stress appraisal and coping responses in schizophrenia*.
- Edward, H. (2018). Brief Psychiatric Rating Scale. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. *Springer Science+Business Media*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edscrc&AN=edscrc.27845942&site=eds-live&authtype=uid>.
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. [Article]. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-8. doi: 10.1186/1471-244x-13-50.
- Fong, T. C., Ho, R. T., Wan, A. H., Siu, P. J., & Au-Yeung, F. S. (2015). Psychometric validation of the consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Comprehensive psychiatry*, 62, 204-208. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.07.015.
- Gitlin, L. N., & Rose, K. (2014). Factors associated with caregiver readiness to use nonpharmacologic strategies to manage dementia-related behavioral symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 93-102. <https://doi.org/10.1002/gps.3979>.
- Grigolato, T., Hortes Nisihara Chagas, M., Trzesniak, C., Alexandre de Souza Crippa, J., Eduardo Cecílio Hallak, J., & Lício Ferreira Santos, J. (2014). The influence of social roles in the quality of life of patients with schizophrenia. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(1), 195-203 199p. doi: 10.4322/cto.2014.021.
- Gurak, K., & Weisman de Mamani, A. (2015). Caregiver Expressed Emotion and Psychiatric Symptoms in African-Americans with Schizophrenia: An Attempt to Understand the Paradoxical Relationship. *Family process*. doi: 10.1111/famp.12188.
- Hambali, I. M. (2016). A cognitive stage-experiential psycho-educational guidance model to enhance the Bhineka Tunggal Ika (Unity in diversity) awareness. *Social Sciences (COES&RJ-JSS)*, 5(1), 19-28.

- Hanson E, W., Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). DigitalCommons @ University of Nebraska - Lincoln Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 224–235. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.224>.
- Hasan, A. A., Callaghan, P., & Lymn, J. S. (2014). Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention on knowledge levels and psychological outcomes for people diagnosed with Schizophrenia and their caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-13. doi: 10.1186/1.
- Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 137(7), 801-805. doi: 10.1176/ajp.137.7.801.
- Hewitt, L., & Birchwood, M. (2002). Preventing Relapse of Psychotic Illness. *Disease Management & Health Outcomes*, 10(7), 395-407. doi: 10.2165/00115677-200210070-00001.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & de Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200–218. <https://doi.org/10.1177/2045125312474019>.
- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., & Greenwald, D. P. (1986). Family Psychoeducation , Social Skills Training , and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43, pp: 633-642.
- Hsiao, C.-Y., Hsieh, M.-H., Tseng, C.-J., Chien, S.-H., & Chang, C.-C. (2012). Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15/16), 2367-2376 2310p. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04067.x.
- HUI, C. L. (2011). Relapse in Schizophrenia. *Medical Bulletin*, 16(5), 8–9.
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187-193.
- John, J. P., Lukose, A., Bagepally, B. S., Halahalli, H. N., Moily, N. S., Vijayakumari, A. A., & Jain, S. (2015). A systematic examination of brain volumetric abnormalities in recent-onset schizophrenia using voxel-based, surface-based and region-of-interest-based morphometric analyses. *Journal of Negative Results in Biomedicine*, 14, 11. doi: 10.1186/s12952-015-0030-.

- Kaisa-ard, p. (2012). *The effect of stress management program on psychotic symptoms of schizophrenia patients*. master on nursing science program, chulalongkorn university.
- Katerine M. Fortinash, & Worret, P. A. H. (2012). *Psychiatric Mental Health Nursing Elsevier Health Sciences*.
- Kay, S. R., L. A. Opler, and A. F. (1987). *Positive and negative syndrome scale (PANSS) rating manual*. Social and Behavioral Sciences Documents, San Rafael, CA.
- Keilp, J. G., Sweeney, J. A., Jacobsen, P., Solomon, C., St Louis, L., Deck, M., . . . Mann, J. J. (1988). *Cognitive impairment in schizophrenia: specific relations to ventricular size and negative symptomatology*. [Research Support, Non-U.S. Gov't.
- Kety, S. S. (1987). The significance of genetic factors in the etiology of schizophrenia: results from the national study of adoptees in Denmark. *Journal of psychiatric research*, 21(4), 423-429.
- Klassen, A. C., Creswell, J., Plano, V. L., Clegg, K., & Helen, S. (2012). Best practices in mixed methods for quality of life research. *Qual Life Res*, 21, 377-380. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0122-x>.
- Koutra, K., Vgontzas, A. N., Lionis, C., & Triliva, S. (2014). Family functioning in first-episode psychosis: a systematic review of the literature. [Review]. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(7), 1023-1036. doi: 10.1007/s00127-013-0816-6.
- Laerhoven, H. v., Zaag-Loonen, H. v. d., & Derkx, B. H. (2004). A comparison of Likert scale and visual analogue scales as response options in children's questionnaires. *Acta paediatrica*, 93(6), 830-835.
- Lodge, D. J., & Grace, A. A. (2011). Developmental pathology, dopamine, stress and schizophrenia. [Review]. *International journal of developmental neuroscience : the official journal of the International Society for Developmental Neuroscience*, 29(3), 207-213. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2010.08.
- McWilliams, S., Hill, S., Mannion, N., Kinsella, A., & O'Callaghan, E. (2007). Caregiver psychoeducation for schizophrenia: is gender important? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(5), 323-327. doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.10.009.

- Medic, G., Higashi, K., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & Kahn, R. S. (2013). Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease & Treatment*, 9, 119-131.
- Mert, D. G., Turgut, N. H., Kelleci, M., & Semiz, M. (2015). Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. *Patient Preference and Adherence*, 9. <https://doi.org/10.2147/PPA.S75013>.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. (Rebecca Holland, Ed.) (second edi). SAGE Publications, Inc.
- Mo, F. Y. M., Chung, W. S., Wong, S. W., Chun, D. Y. Y., Wong, K. S., & Chan, S. S. M. (2008). Experience of Caregiving in Caregivers of Patients with First-episode Psychosis. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 18(3), 101-106.
- Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Westergaard, T., Wohlfahrt, J., Ewald, H., Mors, O., . . . Melbye, M. (1999). Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The New England journal of medicine*, 340(8), 603-608. doi: 10.1056/NEJM199902253400803.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., . . . Lopez, A. D. (2012). Articles: Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. [Article]. *The Lancet*, 380, 2197-2223. doi: 10.1016/s0140-6736(12)61689-4.
- N.J.B., K., M.Y.H., M., & F.Y., J. (2008). Factors associated with relapse in schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry*, 14(2), 52–62. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.687452>.
- Neiman, A. B., Ruppap, T., Ho, M., Garber, L., Weidle, P. J., Hong, Y., ... Thorpe, P. G. (2017). CDC Grand Rounds: Improving Medication Adherence for Chronic Disease Management — Innovations and Opportunities. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(45), 1248–1251. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6645a2>.
- Nilchaikovit, T., Uneanong, S., Kessawai, D., & Thomyangkoon, P. (2000). The Thai version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia: criterion validity and interrater reliability. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet*, 83(6), 646-651.
- Norman, R. M., Malla, A. K., McLean, T. S., McIntosh, E. M., Neufeld, R., Voruganti, L. P., & Cortese, L. (2002). *An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. Schizophrenia research*, 58(2), 293-303.

- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., Snyder, K. S., . . . Bartzokis, G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s382), 58-64.
- Oehlenschlaeger, J., Nordentoft, M., Thorup, A., Jeppesen, P., Petersen, L., Christensen, T. O., . . . Jorgensen, P. (2008). Effect of integrated treatment on the use of coercive measures in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. A randomized clinical trial. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(1), 72-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.003>.
- Olivares, J. M., Sermon, J., Hemels, M., & Schreiner, A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of general psychiatry*, 12(1), 1.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. L. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Othman, Z., Ghazali, M., Razak, A. A., & Husain, M. (2013). Severity of Tardive Dyskinesia and Negative Symptoms are Associated with Poor Quality of Life in Schizophrenia Patients. *International Medical Journal*, 20(6), 677-680 674p.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Patel, J. V., Tracey, I., Hughes, E. A., & Lip, G. Y. (2009). *Omega-3 polyunsaturated fatty acids: a necessity for a comprehensive secondar*.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., & Bertram, M. (2011). Cost-effectiveness of pharmacological and psychosocial interventions for schizophrenia. *Cost Effectiveness & Resource Allocation*, 9(1), 6-14. doi: 10.1186/1478-7547-9-6.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr*, 8, 24. doi: 10.1186/1478-7954-8-24 [pii].
- Pihut, M., Bieganska-Banas, J., & Urbanski, P. (2016). Psychoeducation training in stress management strategies as adjunct therapy in temporomandibular joint dysfunction - preliminary study. [Article]. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 18(1), 43-47. doi: 10.12740/app/62182.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2015). *The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis*. Focus.

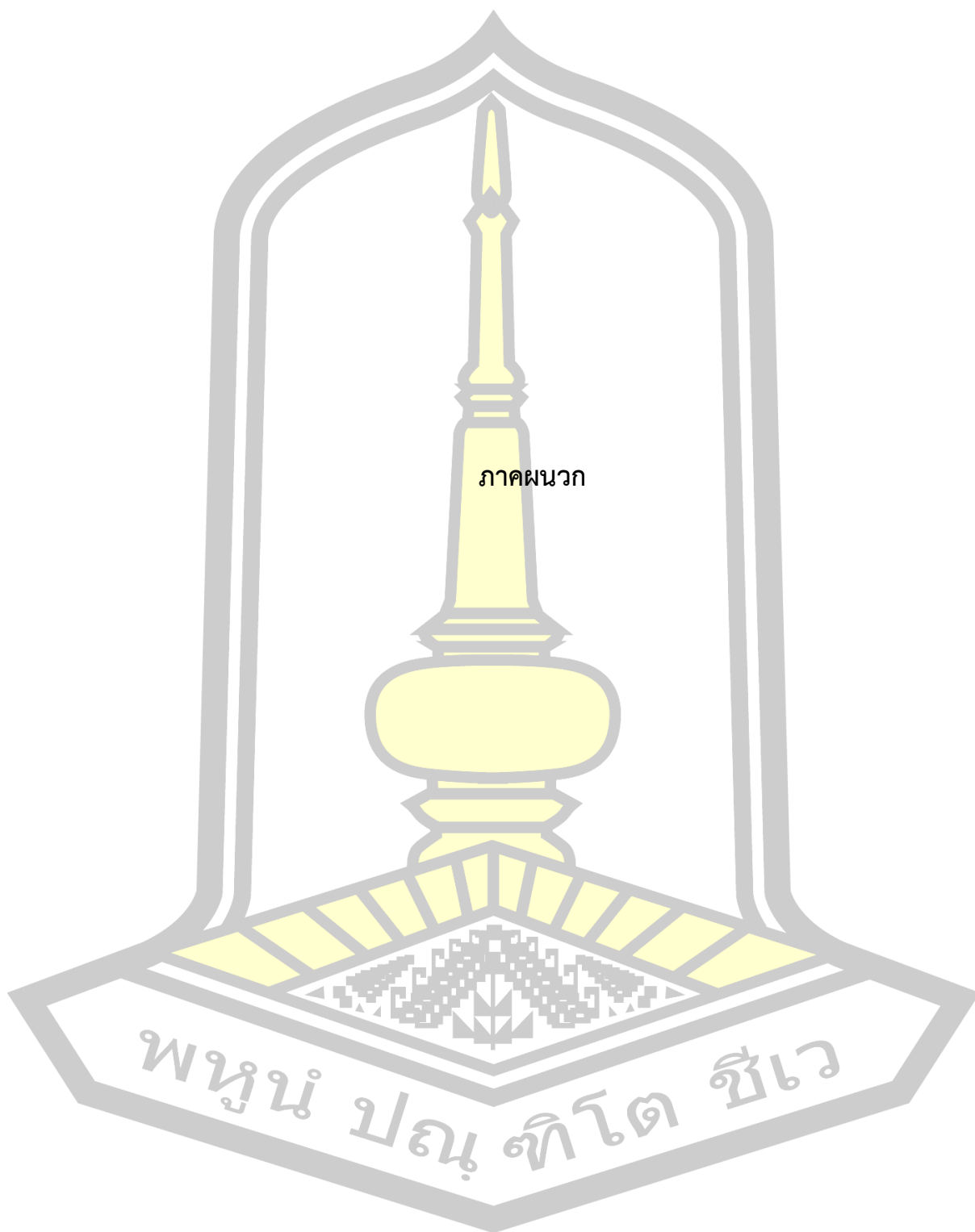
- Polit, D. F., & Tatano, C. (2010). International Journal of Nursing Studies Generalization in quantitative and qualitative research : Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451–1458. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004>.
- Purba JM, Suttharangsee W, C. A. (2016). Effects of a caregiver coaching program on family caregivers' competencies for persons with schizophrenia: a pilot study. *J Health Res*, 30(4), 267-74.
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R. M., Hinrichsen, G. A., & Lieberman, J. A. (2002). Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 57(2–3), 209-219. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00312-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00312-7).
- Ross, S. N. V. and L. E. (2010). Epidemiology of Psychotic Symptoms during Pregnancy and Postpartum in Women with Schizophrenia. *Current Women's Health Reviews*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2174/157340410790979725>.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bauml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia—results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 765-775.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Kaplan, H. I. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II. (B. J. Sadock & V. A. Sadock, Eds.)*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- San, L., Bernardo, M., Gómez, A., & Peña, M. (2013). Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(1), 2-9. doi: 10.3109/13651501.2012.687452.
- Sariah, A. E., Outwater, A. H., & Malima, K. I. Y. (2014). *Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia: A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania (Vol. 14)*. San, L., Bernardo, M., Gómez, A., & Peña, M. (2013). Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. In.
- Schennach, R., Riedel, M., Obermeier, M., Spellmann, I., Musil, R., Jäger, M., . . . Möller, H.-J. (2015). What are residual symptoms in schizophrenia spectrum disorder? Clinical description and 1-year persistence within a naturalistic trial. [Article]. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 265(2), 107-116. doi: 10.1007/s00406-014-0528-2.
- Schloesser, R. J., Martinowich, K., & Manji, H. K. (2012). Mood-stabilizing drugs: mechanisms of action. *Trends Neurosci*, 35(1), 36-46. doi: 10.1016/j.tins.2011.11.009.

- Snabboon, T., Khemkha, A., Chaiyaumporn, C., Lalitanantpong, D., & Sridama, V. (2009). Psychosis as the first presentation of hyperthyroidism. *Internal and Emergency Medicine*, 4(4), 359–360. <https://doi.org/10.1007/s11739-009-0259-y>.
- Somjit, M., Suwanna, A., Vijitta, P., Nittaya, J., & Kwansuda, B. (2014). Prevalence of Substance Use in Psychiatric Outpatient Clinic at Srinagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 59(4), 371–380.
- Sooksompong, S., Udomittipong, D., & Losatiankij, P. (2016). Factors Associated with Relapse in First Episode Psychosis. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 61(4 SE-Review Articles), 331–340. Retrieved from <http://www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/73613>.
- Stahl, S. M. (2013). *Essential psychopharmacology (forth edition)*. New York: Cambridge University Press.
- Sthityudhakarn, S. (2009). *The effect of the symptom self-management program on psychiatric relapse for patient with chronic schizophrenia*. Doctoral degree, Chulalong university.
- Suttajit, S., & Pilakanta, S. (2010). Impact of depression and social support on non adherence to antipsychotic drugs in persons with schizophrenia in Thailand. *Patient Preference Adherence*, 4. <https://doi.org/10.2147/PPA.S12412>.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., . . . Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. [Review]. *Schizophrenia research*, 150(1), 3–10. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.028.
- Tharoor, H., & Ganesh, A. (2015). Symptoms at Onset in First Episode Schizophrenia: Caregivers Perspectives. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 399–402. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.168564>.
- Tudpor, K., Sripongngam, T., Kanpittaya, J., & Takong, W. (2019). Active Ankle Movements Improve Renal Blood Flow in Community-Dwelling Elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 102(7), 51–55.
- Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: a clinical approach: Elsevier Health Sciences*.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach / Elizabeth M. Varcarolis: Philadelphia: W.B. Saunders, c2002. 4th ed.*

- Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference & Adherence*, 449-468. doi: 10.2147/PPA.S124658.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Lukoff, D., & Hardesty, J. P. (1989). A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *Journal of abnormal psychology*, 98(4), 407.
- Verdoux, H. (2013). Factors associated with risk of relapse and outcome of persons with schizophrenia. *La Revue du praticien*, 63(3), 343-348.
- Wejchakaruna, S. (2013). The effect of family psychoeducation on program emphasizing participatory learning on caregivers' caring behaviors of schizophrenic patients. *Master of Nursing Science Program in Mental Health Psychiatric Nursing, chulalongkorn university*.
- Williams, C. A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, 25(2), 14-21.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Bio Psycho Social medicine*, 4(1), 1.
- World Health Organization. (2015). *World health statistics 2015*. Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research Geneva World Health Organization*. Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2003). *Defining adherence. Who*, 1-28. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4).
- World Health Organization. (2015). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-2015-WHO Version for ; 2015*. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F20> website:
- World health statistics. (2016). *monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.
- Wu, F., Huang, Y., Zhou, Y., Li, H., Sun, B., Zhong, X., ... Ning, Y. (2017). Factors influencing relapse in schizophrenia: A longitudinal study in China. *Biomedical Research (0970-938X)*, 28(9), 4076-4082. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=123624179&site=eds-live&authtype=uid>.

- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011a). Psychoeducation for schizophrenia. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Schizophrenia bulletin*, 37(1), 21-22. doi: 10.1093/schbul/sbq138.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011b). *Psychoeducation for schizophrenia. [Meta-Analysis Review]*. The Cochrane database of systematic reviews(6), CD002831. doi: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.
- Zapata Ospina, J. P., Rangel Martinez-Villalba, A. M., & Garcia Valencia, J. (2015). Psychoeducation in schizophrenia. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Revista colombiana de psiquiatria*, 44(3), 143-149. doi: 10.1016/j.rcp.2015.03.005.
- Zubin, J., Steinhauer, S. R., & Condray, R. (1992). Vulnerability to relapse in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* , 161(18),13-18.





ภาคผนวก

พหุ ประทีป ชัยเว



ภาคผนวก ก

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก
“โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ”

พหุ ๗ ๓๒ ๓๒ ๓๒

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย จากผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัว รวมถึงสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติทางสมองก่อให้เกิดความพิการ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันรวมทั้งการประกอบอาชีพของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาลงจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ แต่พบว่ายังมีอาการหลงเหลือ และโรคนี้มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสะสมร้อยละ 16 ส่วนผู้ป่วยที่ขาดการรักษาจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสะสมสูงถึง ร้อยละ 52 ในระยะ 2 ปี (Emsley et al., 2013) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ผลนั้นจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือญาติและทีมบุคลากรทางสุขภาพ โดยหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ดูแลหรือญาติจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน “โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ” นี้พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดรูปแบบการบำบัดทางชีวภาพการแพทย์ การบำบัดรักษาทางจิตสังคมและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีความมุ่งหมายเพื่อลดการกำเริบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยออกแบบให้มีการดำเนินกิจกรรมด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแล ร่วมกับการติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องโดยทีมจิตเวช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก มีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับ โรคจิตเภท การรักษา การสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการจัดการความเครียด
2. เพื่อให้ผู้ดูแลหลักปรับทัศนคติ ความคาดหวัง การสื่อสาร และบทบาทของญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก
3. เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้รับการพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรกและการจัดการกับความเครียด
4. เพื่อลดโอกาสการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกที่อยู่ในระหว่างรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และผู้ดูแลหลัก

การพัฒนาโปรแกรม

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์ ออกแบบการเรียนรู้โดยทีมผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพจิตและผู้วิจัยหลัก ตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson, 1986) (Hogarty et al., 1986) และใช้กระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคลบ Kolb (1984) (Hambali, 2016) ที่ประกอบด้วย (1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (2) เปิดเผยความรู้สึกร่วมกัน (3) ประชุมปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อกัน (4) ผู้นำกลุ่มสรุปและ

บรรยายประเด็นสำคัญ (5) ฝึกปฏิบัติโดยการสวมบทบาทสมมติ โปรแกรมการนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อ (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ รวม 5 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา 0.75-1.0 นำมาทดลองใช้กับผู้รับบริการและบุคลากรสุขภาพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงได้แก่ ผู้ป่วย 6 คน ผู้ดูแล 6 คน บุคลากรสุขภาพ 3 คน แล้วทำการปรับปรุงโปรแกรมให้พร้อมต่อการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

โครงสร้างของโปรแกรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแล ดังนี้

แผนการเรียนรู้ที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

- 1.1 สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลผู้ป่วย
- 1.2 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 1.3 การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา

แผนการเรียนรู้ที่ 2 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

- 2.1 สาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นการกำเริบ
- 2.2 การจัดการกับอาการเตือน
- 2.3 การจัดการกับความเครียด

แผนการเรียนรู้ที่ 3 บทบาทของญาติ/ผู้ดูแล

- 3.1 ทักษะคิดและความคาดหวัง
- 3.2 การสื่อสารในครอบครัว
- 3.3 ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

- 4.1 การประเมินการดูแลผู้ป่วย
- 4.2 การแก้ไขปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย
- 4.3 การสนับสนุนติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- 4.4 สรุปและประเมินผลการดูแล

ผู้ใช้โปรแกรม

ผู้ใช้โปรแกรมเป็น พยาบาลจิตเวช หรือทีมจิตเวช ที่ได้รับการเตรียมความพร้อม และให้บริการร่วมกับงานประจำของโรงพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยนอก

การดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 2 การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยติดตามให้การดูแล 3 ครั้งพร้อมกับการมาพบแพทย์ตามนัดและหรือการติดตามทางโทรศัพท์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกและผู้ดูแลหลัก

วัน/เวลา	กิจกรรม
08.30 น.	ลงทะเบียน
09.00 น.	เปิดกลุ่ม การสร้างความสัมพันธ์และแรงจูงใจ
09.30 น.	1. ความรู้เรื่องโรคจิตเภท (1 ชั่วโมง) 1.1 สาเหตุ อาการ การรักษา การดูแลผู้ป่วย 1.2 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 1.3 การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา
10.30 น.	พัก/รับประทานอาหารว่าง
10.45 น.	2. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (1 ชั่วโมง 15 นาที) 2.1 ปัจจัยกระตุ้นให้อาการกำเริบและการป้องกัน 2.2 การจัดการกับอาการเตือน 2.3 การจัดการกับความเครียด
12.00 น.	พัก/รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 น.	3. บทบาทของญาติ/ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (1 ชั่วโมง 30 นาที) 3.1 ทศนคติและความคาดหวัง 3.2 การสื่อสารในครอบครัว 3.3 ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
14.30 น.	พัก/รับประทานอาหารว่าง
14.45 น.	สรุป ประเมินผล (30 นาที)
15.30 น.	ปิดกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยติดตามให้การดูแล 3 ครั้งพร้อมกับการมาพบแพทย์ตามนัดและหรือการติดตามทางโทรศัพท์

ระยะเวลา	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 4	การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 12	1. การประเมินการดูแลผู้ป่วย
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 24	1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการกำเริบ 2) ประเมินอาการเตือน 3) ประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วย 2. การแก้ไขปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย 3. การสนับสนุนติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 4.สรุปและประเมินผล

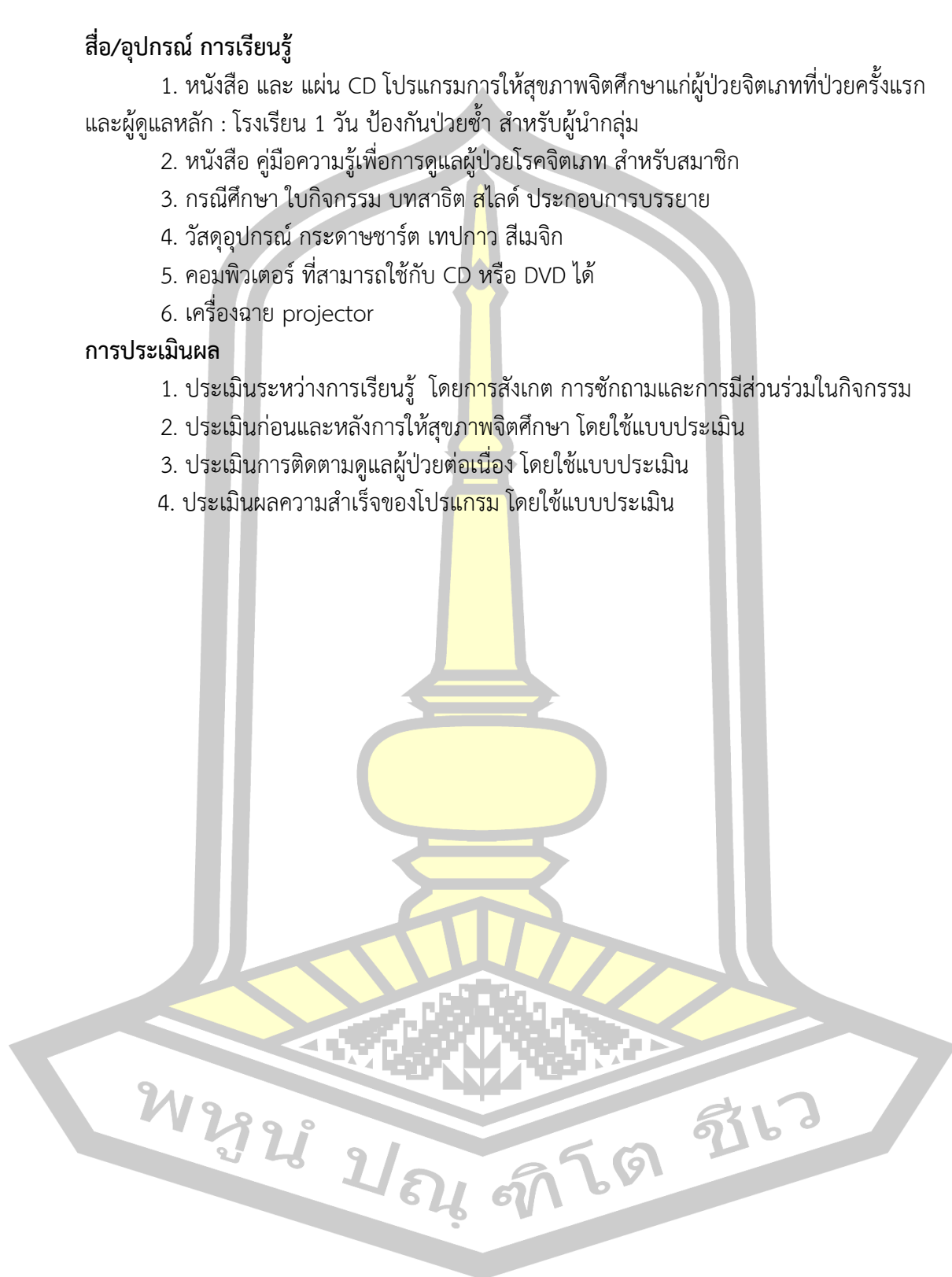
สื่อ/อุปกรณ์ การเรียนรู้

1. หนังสือ และ แผ่น CD โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก
และผู้ดูแลหลัก : โรงเรียน 1 วัน ป้องกันป่วยซ้ำ สำหรับผู้นำกลุ่ม

2. หนังสือ คู่มือความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับสมาชิก
3. กรณีศึกษา ใบกิจกรรม บทสาธิต สไลด์ ประกอบการบรรยาย
4. วัสดุอุปกรณ์ กระดาษชาร์ต เทปขาว สีเมจิก
5. คอมพิวเตอร์ ที่สามารถใช้กับ CD หรือ DVD ได้
6. เครื่องฉาย projector

การประเมินผล

1. ประเมินระหว่างการเรียนรู้ โดยการสังเกต การซักถามและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. ประเมินก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยใช้แบบประเมิน
3. ประเมินการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมิน
4. ประเมินผลความสำเร็จของโปรแกรม โดยใช้แบบประเมิน



แผนการเรียนรู้ที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก จำนวน กลุ่มละ 15-20 คน

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง การดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก สามารถสังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้การดูแลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก สามารถสังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และจัดการกับอาการข้างเคียงได้อย่างถูกต้อง

เนื้อหาการเรียนรู้

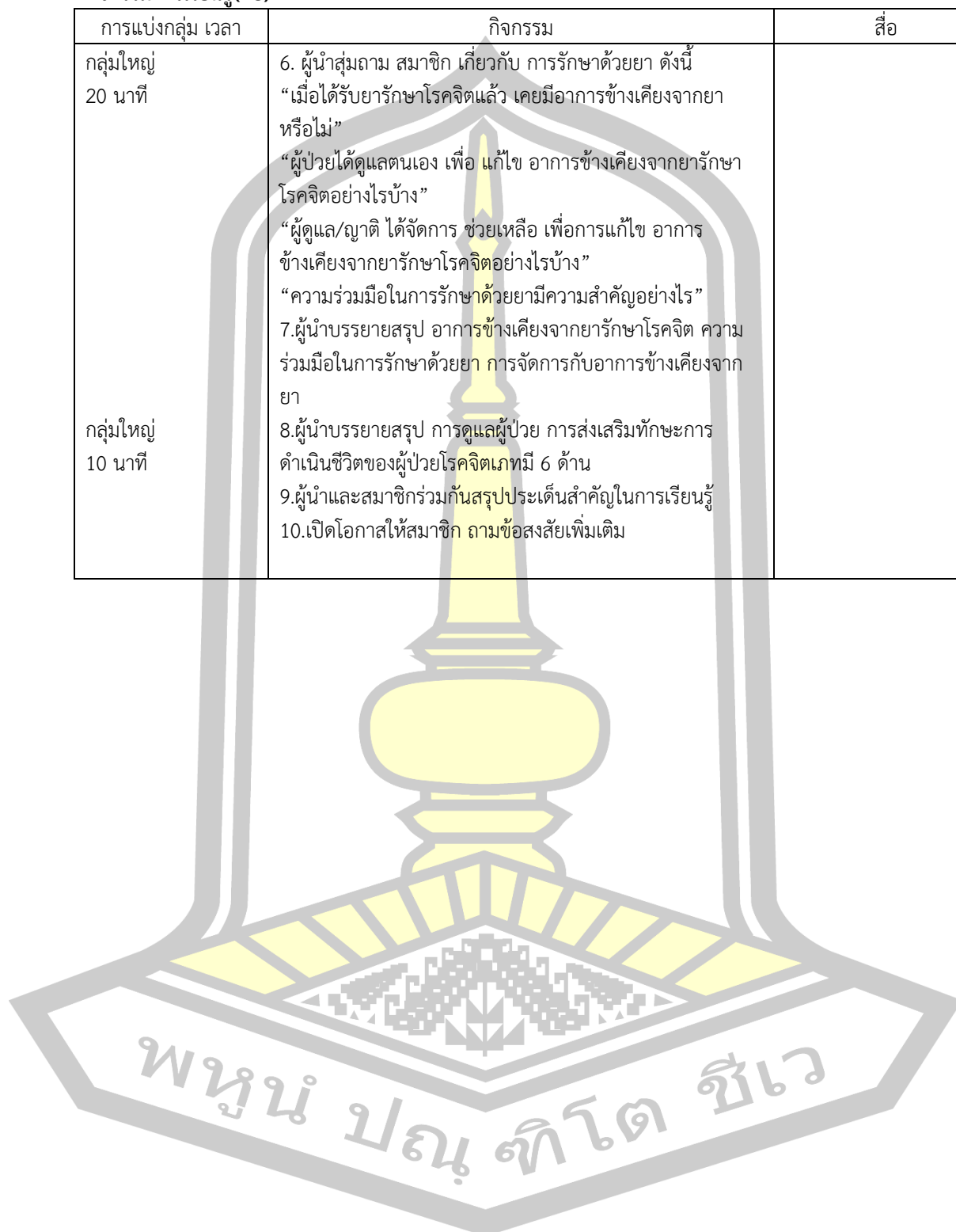
1. ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ประกอบด้วย ความสำคัญ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประกอบด้วย ความหมาย ผลกระทบต่อผู้ป่วย
3. การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา ประกอบด้วย อาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิต แนวทางการจัดการเบื้องต้น
4. การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การส่งเสริมทักษะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

กิจกรรมการเรียนรู้

การแบ่งกลุ่ม/เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
กลุ่มใหญ่ 5 นาที	1. ผู้นำเกริ่นนำ และสุ่มถามสมาชิกถึงการรับรู้ สถานการณ์ของโรคเกี่ยวกับโรคจิตเภท และความเข้าใจของสมาชิกดังนี้ “ท่านเคยพบเห็น รู้จักโรคจิตเภทมาก่อน หรือไม่” “โรคจิตเภท มีผลกระทบต่อท่านอย่างไรบ้าง” แล้วนำเสนอสถานการณ์ และผลกระทบของโรคจิตเภท	1. สไลด์ ประกอบการบรรยาย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
กลุ่มใหญ่ 25 นาที	2. ผู้นำให้สมาชิกชมวิดีโอ เรื่องราวของคุณสมจิต&คุณสมมาลี 3. ผู้นำและสมาชิกร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญที่ได้เรียนรู้จากวิดีโอ “คุณสมจิต สมมาลี มีอาการอะไรบ้าง ” “คุณสมจิต สมมาลี ได้รับการรักษาอย่างไร” “โรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อคุณสมจิต สมมาลี อย่างไรบ้าง” 4. ผู้นำบรรยายสรุป ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา 5. ผู้นำให้สมาชิกสำรวจตนเอง เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาที่ได้รับ ตามใบงานที่ 1 และเชิญสมาชิกจับกลุ่ม 2 คู่ (ผู้ป่วย 2 คน ผู้ดูแล 2 คน) แล้วสลับกันอ่านผลการสำรวจตนเอง	2. วิดิทัศน์ เรื่องราวของคุณสมจิต&คุณสมมาลี 3. ใบงานที่ 1 การสำรวจตนเอง เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาที่ได้รับ

กิจกรรมการเรียนรู้(ต่อ)

การแบ่งกลุ่ม เวลา	กิจกรรม	สื่อ
กลุ่มใหญ่ 20 นาที	<p>6. ผู้นำสู่ถาม สมาชิก เกี่ยวกับ การรักษาด้วยยา ดังนี้ “เมื่อได้รับยารักษาโรคจิตแล้ว เคยมีอาการข้างเคียงจากยาหรือไม่” “ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง เพื่อ แก้ไข อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตอย่างไรบ้าง” “ผู้ดูแล/ญาติ ได้จัดการ ช่วยเหลือ เพื่อการแก้ไข อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตอย่างไรบ้าง” “ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความสำคัญอย่างไร”</p>	
กลุ่มใหญ่ 10 นาที	<p>7.ผู้นำบรรยายสรุป อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา</p> <p>8.ผู้นำบรรยายสรุป การดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมทักษะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมี 6 ด้าน</p> <p>9.ผู้นำและสมาชิกร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญในการเรียนรู้</p> <p>10.เปิดโอกาสให้สมาชิก ถามข้อสงสัยเพิ่มเติม</p>	



เนื้อหาการเรียนรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าโรคจิตเภททั่วโลกมีอัตราการอุบัติการณ์สูงที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด มีความชุก 0.5-1.5 รายต่อประชากร 100 คน (World Health Organization, 2015) ในประเทศไทยโรคจิตเภทมีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการมากเป็นอันดับที่หนึ่งของโรคทางจิตเวชทั้งหมดและเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การป่วยด้วยโรคนี้อาจมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำ หน้าที่ต่าง ๆ ได้ เช่น ละเลยไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่เข้าสังคม ความสามารถลดลง ประคบอหิวไม่ไ้ เป็นต้น แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาลงจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ แต่พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ (Schennach et al., 2015) และมีอัตราการกำเริบสูงถึง ร้อยละ 52 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเข้ารับการรักษา (Emsley et al., 2013) ผลกระทบจากการกลับเป็นซ้ำ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยถูกบั่นทอนความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ มากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตไม่ดี และเป็นภาระต่อครอบครัว การรู้จักและเข้าใจโรคจิตเภท จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือญาติ เพื่อใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ประกอบด้วย ความหมายของโรค สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษา

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความคิด การรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เช่น มีความคิดหลงผิด มีหูแว่ว

โรคจิตเภทมีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย มีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะและฟื้นคืนได้ทั้งหมดหรือบางส่วน สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการรักษาถูกวิธีตั้งแต่วัยแรก

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

1. ปัจจัยด้านร่างกาย ร่างกายมีความผิดปกติของสมองและสารสื่อประสาท (Insel, 2010; John et al., 2015) ในสมองจะมีเซลล์ประสาทจำนวนมากซึ่งจะทำหน้าที่ในการสื่อสาร โดยการรับและส่ง สัญญาณหรือข้อความจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปยังอีกเซลล์ประสาทหนึ่ง โดยใช้สารเคมีในสมองที่เรียกว่าสารสื่อประสาท ดังนั้นเมื่อสารสื่อประสาททำงานผิดปกติ ก็จะแสดงอาการที่ผิดปกติออกมาทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม สาเหตุด้านร่างกายได้แก่

- 1) การใช้สารเสพติด ที่พบมากที่สุด คือ ยาบ้า กาว ทินเนอร์ กัญชา และสุรา
- 2) การติดเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เช่น มาลาเรียขึ้นสมอง เยื่อหุ้มสมอง

อักเสบ

- 3) ศีรษะได้รับอันตราย เช่น ถูกตีที่ศีรษะ เกิดอุบัติเหตุที่ศีรษะ

4) การเปลี่ยนแปลงของสมอง เช่น สมองเสื่อมในวัยชรา หรือ ขาดเลือดในสมอง
แข็งตัว

2. ปัจจัยด้านจิตใจ จากความผิดปกติของพัฒนาการทางบุคลิกภาพในวัยเด็ก ทำให้เกิดความผิดปกติ ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และผู้ป่วยจะเกิดความเครียดได้ไวกว่าปกติ และการตอบสนองต่อความเครียดไม่ดี เป็นปัจจัยด้านจิตใจที่กระตุ้นให้เกิดโรค ได้แก่

- 1) ขาดความรัก ความอบอุ่นในวัยเด็ก
- 2) การได้รับความกดดันทางจิตใจอย่างมาก
- 3) การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก หรือ ตำแหน่งหน้าที่การงาน
- 4) การผิดหวัง ความรัก หรือการเรียน

3. ปัจจัยด้านพันธุกรรม โรคจิตเภทมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ผู้ที่ใกล้ชิดทางสายเลือดกับผู้ป่วยจะมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนทั่วไป เช่น พ่อและแม่ที่เป็นโรคจิตเภทลูกจะมีโอกาสป่วยร้อยละ 40 พ่อ หรือแม่ เป็นโรคจิตเภทลูกจะมีโอกาสป่วย ร้อยละ 12 คู่แฝดของผู้ป่วยโรคจิตเภท (ไข่ใบเดียวกัน) มีโอกาสป่วยร้อยละ 47 เป็นต้น (Mortensen et al., 1999)

4. ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม สภาพสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำเนื่องจากความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจน สภาพครอบครัวที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรค ได้แก่

- 1) มีปัญหาครอบครัว เช่น แสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อกัน การวิพากษ์วิจารณ์ ไม่เป็นมิตร
- 2) อยู่ในสภาพสังคมที่กดดัน เครียด
- 3) วิถีชีวิตที่ยากจน การตกงาน มีหนี้สิน

1.3 อาการของโรคจิตเภท

ในผู้ป่วยบางคนอาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานาน แต่ในบางคนอาการที่ผิดปกติ อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีอาการของโรคจิตอย่างชัดเจน รุนแรง อาการของโรคจิตเภทแสดงได้หลายอย่างแตกต่างกันไป ประกอบด้วย

1.อาการนำมาก่อน ได้แก่ แยกตัว ไม่เข้าสังคม มีพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น พูดคนเดียว เก็บสะสมสิ่งของที่ไม่มีประโยชน์ การทำงานบกพร่อง ไม่สนใจความสะอาดของร่างกายและการแต่งตัว อารมณ์ที่อึดหรืออารมณ์ไม่เหมาะสม พูดจาวกวน มีความคิดแปลก ๆ เช่น เชื่อในไสยศาสตร์ โทโรจิต

2.อาการของโรคจิตเภทอย่างชัดเจน ซึ่งได้แก่ อาการด้านบวก อาการด้านลบ กลุ่มอาการด้านการรู้คิด กลุ่มอาการด้านอารมณ์ กลุ่มอาการด้านพฤติกรรม

2.1 กลุ่มอาการด้านบวก อาการที่เพิ่มมากกว่าคนปกติทั่วไป มักพบในช่วงอาการกำเริบ ได้แก่

1) อาการหลงผิด มีความคิด ความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง โดยไม่สามารถพูดอธิบายด้วยเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดนั้นได้ เช่น หลงผิดว่ามีคนจะมาทำร้าย หลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น

2) อาการประสาทหลอน เกิดการรับรู้ทางประสาทสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง โดยที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นจริง ที่พบบ่อยที่สุด คือ ประสาทหลอนทางเสียงหรือหูแว่ว เช่น ยินเสียงคนพูดคุย ต่ำว่า หรือออกคำสั่งให้ผู้ป่วยกระทำตาม ซึ่งการกระทำนั้นอาจเกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและคนรอบข้างได้

2.2 กลุ่มอาการด้านลบ เป็นอาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติทั่วไป มักพบในระยะหลัง ได้แก่ อารมณ์ท้อ เฉยเมย ไม่สนใจเข้าสังคม แยกตัว การคิด การพูดลดน้อยลง ไม่มีความสุขในกิจกรรมที่เคยสนใจ หดหู่ ซึมเศร้า ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ซึ่งมักทำให้คนรอบข้างคิดว่าผู้ป่วยขี้เกียจ ไม่ยอมช่วยเหลือตัวเองและคนอื่น

2.3 กลุ่มอาการด้านการรู้คิด การพูดวกวน เรื่องที่พูดไม่สอดคล้องกับเรื่องที่กำลังพูดคุย เป็นต้นความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผนลดลง ความจดจ่อ ใส่ใจ ลดลง ความจดจำลดลง

2.4 กลุ่มอาการด้านพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปอย่างมาก เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า การเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ การเคลื่อนไหวมากเกินไปน้อยเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่

โรคจิตเภท

โรคที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความคิด การรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

อาการด้านบวก หลงผิด ประสาทหลอน

อาการด้านลบ เฉยเมย ไม่เข้าสังคม แยกตัว ไม่มีความสุขในกิจกรรมที่เคยสนใจ
หดหู่ ซึมเศร้า

อาการด้านการรู้คิด

พูดวกวน การตัดสินใจลดลง การวางแผนลดลง ความใส่ใจลดลง ความจดจำลดลง

อาการด้านพฤติกรรม มีพฤติกรรมแปลกประหลาดอย่างมาก

การทำหน้าที่ ความสามารถทางสังคม บกพร่อง

การกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ

ภาพประกอบที่ 25 อาการของโรคจิตเภท

1.4 การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาผู้ป่วยมีหลายวิธี ทั้งการใช้ยา ร่วมกับการรักษาทางจิตสังคม ให้สอดคล้องตามปัญหาของผู้ป่วย ในระยะที่มีอาการมาก หรือ อาการกำเริบ การให้ยาสามารถลดความรุนแรงช่วยให้อาการดีขึ้นนอกจากนี้การให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบ เช่น รับไว้รักษาในโรงพยาบาลชั่วคราว และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว การได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและการมาพบแพทย์ตามนัดจะช่วยคงสภาพอาการที่ดีและป้องกันการกำเริบซ้ำ ซึ่งผู้ดูแลหรือญาติเป็นผู้มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง วิธีการรักษามีดังนี้

1.การรักษาด้วยยา เป็นวิธีการรักษาหลักที่ใช้ มีทั้งยารับประทาน ยาฉีด ซึ่งมุ่งเน้นการปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง ยาจะออกฤทธิ์ทำให้อาการทางจิตลดลงเกือบทุกอาการ โดยเฉพาะอาการทางบวก ผู้ป่วยครั้งแรกจะตอบสนองต่อยา ในระยะ 4-6 สัปดาห์ และอาการดีขึ้นมากจนถึงหายจากอาการ และผู้ป่วยควรจะได้รับยาต่อเนื่องไปอีก 1-2 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) เมื่อรับประทานยาต่อเนื่องครบ 2 ปี ลองหยุดยาครั้งแรก แล้วมีอาการกำเริบขึ้น ผู้ป่วยอาจจะต้องใช้ยาติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปี และเมื่อลองหยุดยาครั้งที่สอง หากอาการกำเริบอีกผู้ป่วยไม่ควรหยุดรับประทานยา

ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยอาจเกิดอาการข้างเคียงที่สามารถพบได้หลายแบบ อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการให้ยารักษาตามอาการ ผู้ดูแลและญาติควรมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และแจ้งอาการข้างเคียงที่พบแก่แพทย์ผู้รักษาให้ทราบ การเปลี่ยนแปลงการใช้ยาควรอยู่ภายใต้แผนการดูแลของแพทย์ผู้รักษา

2.การรักษาทางจิตสังคม มุ่งเน้นให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระและอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงการให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วิธีการที่นิยม ได้แก่

1) การรักษาด้วยจิตบำบัด ให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการปรับตัวได้ดี ได้แก่ การให้คำปรึกษา จิตบำบัดแบบประคับประคอง จิตบำบัดการปรับความคิดการรับรู้และพฤติกรรม

2) การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นวิธีการรักษาโดยการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุอาการ การดำเนินโรค การรักษาเพื่อให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นปกติ ประกอบด้วย การฝึกทักษะทางสังคม การดูแลตนเอง การอยู่ร่วมกันภายในบ้าน การทำงาน การพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน

4) การดูแลรักษาในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ เป็นการผสมผสานการดูแล การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ทำในชุมชน ซึ่งจะสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

5) สิ่งแวดล้อมบำบัด มุ่งเน้นการลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบผ่อนคลาย และใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาทักษะด้านสังคมและอารมณ์ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีที่มุ่งเน้นการปรับสมดุลของสารเคมีในสมองแต่ มักจะทำในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาด้วยยาไม่ได้ผล มีข้อบ่งชี้เฉพาะ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง กรณีที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล เป็นต้น ไฟฟ้าที่ใช้ในการรักษาจะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะทำการรักษาจะมีแพทย์ พยาบาลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใกล้ชิด

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือการปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือการปรับพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับคำแนะนำและแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาตามแผน การมาตรวจตามนัด (World Health Organization, 2003) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยที่ให้ผลต่อผู้ป่วยทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ในเชิงบวกคือการปกป้องผู้ป่วยจากอาการทางจิตกำเริบ และหากไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น ขาดยา จะส่งผลในเชิงลบที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

การรักษาด้วยยานั้นจะต้องใช้เวลา อย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยนั้นเกิดจากความร่วมมือ ความอดทนของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการดูแลอย่างเข้าใจจากผู้ใกล้ชิด

ในระหว่างที่ได้รับยารักษาโรคจิต หากประสบกับปัญหาจากยา เช่น อาการข้างเคียง ควรแจ้งอาการข้างเคียงที่พบแก่แพทย์ผู้รักษาให้ทราบ เพื่อให้พิจารณาปรับยา เช่น เลือดยาตัวอื่นที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า การใช้ยาชนิดแทนยาอื่น การเปลี่ยนแปลงการใช้ยาควรอยู่ภายใต้แผนการดูแลของแพทย์ผู้รักษา แพทย์ผู้รักษารวมทั้งญาติผู้ดูแลจึงมีบทบาทอย่างมากในการ ช่วยปรับระดับประคองให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้ยอมรับการรักษา การสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

3. การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา

ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงจากยาเกิดขึ้นได้กับระบบสำคัญของร่างกาย ได้แก่ อาการต่อระบบประสาท เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก บางรายมีอาการสั่น ตัวแข็ง อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคัดตึงเต้านม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด อาการต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด และการดื่มน้ำมากผิดปกติ คือมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน นอกจากนี้อาจพบ อาการคล้ายโรคพาร์คินสัน เช่น เคลื่อนไหวได้ช้า ลิ้นแข็ง น้ำลายไหลย่อย อาการเกร็งหดตัวของกล้ามเนื้อ อาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง รวมทั้ง อาการง่วงซึม รู้สึกเฉื่อย อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการให้ยาต้านโรคพาร์คินสันและการรักษาตามอาการ

ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตเวช ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในระยะยาว ทำให้อาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ดูแลสามารถสังเกต ประเมินอาการจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และการใช้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ทันทีที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองต่อและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบได้จากการใช้ยาจิตเวชและแนวทางการแก้ไข ได้แสดงดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 แนวทางการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวช

อาการข้างเคียง	แนวทางแก้ไข
1. ปากแห้ง/ คอแห้ง/ ท้องผูก	-ให้จิบน้ำเปล่าบ่อย ๆ หรืออมลูกอม จะช่วยให้ดีขึ้นได้ -ไม่ควรดื่มน้ำหวาน เพราะจะทำน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ -ถ้ามีอาการท้องผูก ให้กินอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะ ผัก ผลไม้
2. ตาพร่า มองไม่ชัดบ้าง ในช่วงที่เริ่มกินยา	ให้ระวังเรื่องหกล้ม/ อุบัติเหตุ อาการพวกนี้จะค่อยๆดีขึ้น ภายในหนึ่งสัปดาห์ -ถ้าอาการ ดังกล่าวไม่ดีขึ้น ไม่หายไป ให้มาพบแพทย์เพื่อ พิจารณาปรับยา
3. มือสั่น แขนขาสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า	-อาการจะเป็นในช่วง 1-5 วันแรก ส่วนมากอาการจะค่อย ๆ หายไปเอง -ถ้าอาการ ดังกล่าวไม่ดีขึ้น ไม่หายไป ให้มาพบแพทย์เพื่อ พิจารณาปรับยา
4. กินเก่ง/น้ำหนักเพิ่ม	-ต้องระวัง/ควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรือแป้ง สูง เช่น ของทอด ของ หวาน และ -ให้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน
5. ง่วงนอน รู้สึกเฉื่อย อ่อนเพลีย	-หลีกเลี่ยงการขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร -ถ้าง่วงหรืออ่อนเพลียมากจน ทำงานไม่ไหว ให้กลับมา ปรึกษาแพทย์เพื่อ ปรับยา
6. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแขนขา เข็งขี้ม	อาการจะเกิดในช่วง 1-2 เดือนหลังได้รับยา ส่วนมากอาการ จะค่อย ๆ ดีขึ้น
7. กระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ กระสับกระส่าย ต้องเคลื่อนไหวอยู่ ตลอดเวลา ควบคุมไม่ได้	- มักจะพบในช่วงเริ่มยา หรือเพิ่มยา -หากมีอาการควรไปพบแพทย์ เพื่อปรับยา -อาการเหล่านี้จะลดลงได้ โดยทำกิจกรรม หรือออกกำลังกาย
ผื่นคัน แพ้แดด ทำให้ผิวหนังมีสีคล้ำ ง่ายเมื่อโดนแดด	-พยายามหลีกเลี่ยงแสงแดด สวมใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด -ถ้าอาการ ดังกล่าวไม่ดีขึ้น ไม่หายไป ให้มาพบแพทย์เพื่อ พิจารณาปรับยา

4. การดูแลผู้ป่วย

ในระยະที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบ อาการคงที่ ไม่รุนแรง ส่วนมากพบว่ามมีอาการทางลบ เช่น การทำหน้าทีลดลง ไม่สนใจสิ่งอื่น บกพร่องในทักษะทางสังคม และอาจพบอาการซึมเศร้าได้บ่อย ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดี อาจส่งผลให้มีการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ให้ความรู้ สอนทักษะที่จำเป็นพื้นฐานในการปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมี 6 ด้าน (อนงคฺนุช ศาโศก และคณะ, 2559) ที่ควรได้รับการส่งเสริม ประกอบด้วย

1) ทักษะการดูแลตนเอง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การรักษาความสะอาดร่างกาย การแปรงฟัน สระผม อาบน้ำ รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า การรู้จักรับประทานอาหาร และการรับประทานยาด้วยตนเอง

2) ทักษะทางสังคม ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมารยาททางสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นใน เช่น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การรู้จักสนใจตนเอง การรู้จักใช้ภาษาพูด การรู้จักภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม รู้จักผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง เช่น การเล่นกีฬา การระบายความคับข้องใจของตนเองอย่างเหมาะสม เป็นต้น

3) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้ของต่าง ๆ ให้ถูกประเภท จัดเก็บของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ รู้จักดูแลรักษาความสะอาดของเครื่องนอน ของใช้ของตนเอง เป็นต้น

4) ทักษะการทำงาน ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำงาน โดยเริ่มจากงานง่ายๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยๆ จะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และมีการปรับตัวที่เหมาะสมกับสภาพของงาน เป็นต้น

5) ทักษะการพักผ่อน ฝึกให้ผู้ป่วยนอนให้เป็นเวลา ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การปลูกต้นไม้ หรือการท่องเที่ยวตามความเหมาะสม หลีกเลี่ยงวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ผิดวิธี เช่น การดื่มสุรา และสารเสพติดอื่นๆ เป็นต้น

6) ทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการเดินทางอย่างปลอดภัยและเหมาะสม การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น ให้เข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีและวันสำคัญทางศาสนาต่างๆ ในชุมชน

พหุบัณฑิต ชีวะ

ใบงานที่ 1 การสำรวจตนเอง เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาที่ได้รับ

คำชี้แจง

1. ให้สมาชิก สำรวจตนเองเกี่ยวกับ สาเหตุที่ป่วย อาการที่พบ การรักษาที่ได้รับ
2. ให้สมาชิกจับกลุ่ม 4 คน (ผู้ป่วย 2 คน ผู้ดูแล 2 คน) สลับกันเล่าผลการสำรวจตนเอง
3. ใช้เวลา 10 นาที

1.สาเหตุที่ป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.อาการที่พบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.การรักษาที่ได้รับ

.....

.....

.....

.....

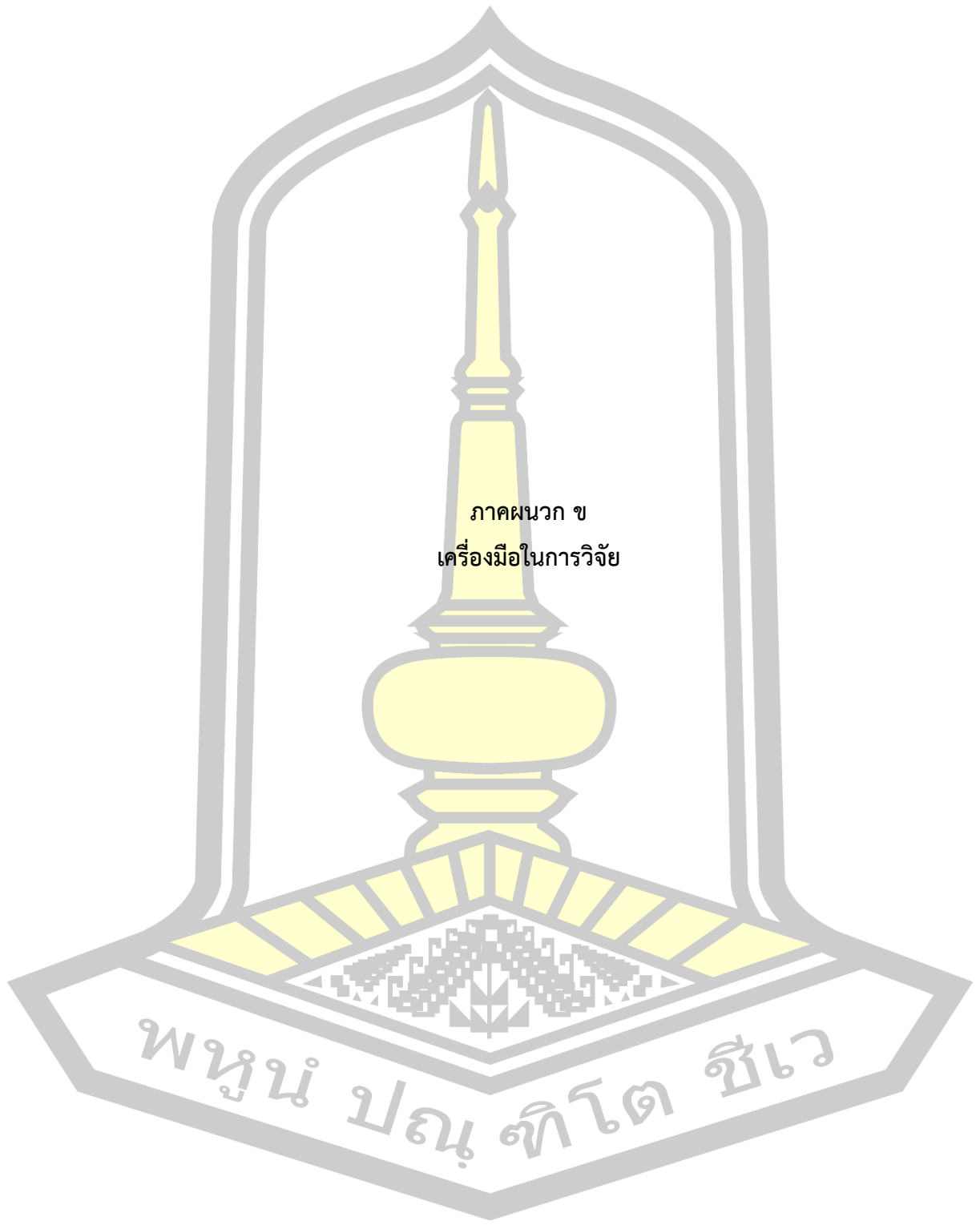
.....

.....

.....

.....

พูน บอด ทีโต ชีว



ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการวิจัย

พหุบัน ปณุ ทิโต ชีเว

เครื่องระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแล

ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก สำหรับบุคคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ใน () หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ () 1.ชาย

() 2.หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (ปีเต็ม)

3. ท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....

4. ท่านปฏิบัติงานมานาน.....ปี.....เดือน

5. หน่วยงาน/แผนก/หอผู้ป่วย ที่ท่านปฏิบัติงาน ระบุ..... 6. ระดับ

การศึกษา() 1.ปริญญาตรี () 3.ปริญญาโท และสูงกว่า () 3. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกด้านสภาพและสาเหตุของปัญหา

1. ปัญหา อุปสรรค พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกมีอะไรบ้าง

2. ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกมีอาการรุนแรงขึ้นและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีอะไรบ้าง เช่น 1) ผู้ป่วย เช่น บุคลิกภาพ การรักษา การใช้สุรา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง 2) ครอบครัว/ผู้ดูแล 3) สังคม/ชุมชน 4) ระบบการดูแลรักษา

3. การดูแลตนเอง มีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้อย่างไรบ้าง

4. ครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้อย่างไรบ้าง

5. สังคม/ชุมชน มีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้อย่างไรบ้าง

6. วิธีการดูแลรักษาแบบใด ที่มีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น และลดกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างได้ผล

ด้านขนาดและแนวโน้มของปัญหา

7. ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยครั้งแรก มีระดับของความรุนแรงมากน้อยเท่าไร มีค่าตัวชี้วัดคือ

การรับรู้ผลกระทบของปัญหา

8. การที่ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกมีอาการรุนแรงและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีผลกระทบกับใครบ้าง

9. ครอบครัว/ญาติ/ผู้ดูแล ของผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบอะไรบ้าง มากน้อยเท่าไร

10. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับท่าน คืออะไร

11. ท่านรู้สึกอย่างไร

ด้านความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

12. ระบบการดูแลปัจจุบันที่ท่านรับรู้ เป็นอย่างไร

13. ระบบการดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกปัจจุบันมีผลลัพธ์ ปัญหา วิธีการแก้ไขอย่างไร

14. โรงพยาบาล/หน่วยงาน มีนโยบาย เชื่อมโยง การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างไร

15. การดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำทำอย่างไร

16. เพื่อรับมือปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกอย่างได้ผล ท่านต้องการสิ่งสนับสนุนอะไรบ้าง (เช่น บุคคล งบประมาณ เครื่องมือระยะเวลา)



เครื่องมือชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกนี้ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่เป็นผู้ดูแลหลัก

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ใน () หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (ปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรส
() 1.โสด () 2.คู่ () 3.หม้าย () 4.หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
() 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2.ประถมศึกษา () 3.มัธยมศึกษา
() 4.อนุปริญญา/อาชีวศึกษา () 5.ปริญญาตรี () 6.สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
() 1.ไม่ได้ทำงาน () 2.รับจ้างทั่วไป () 3.เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)
() 4.ค้าขาย ทำธุรกิจส่วนตัว () 5.อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวน.....บาท
7. ท่านดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานาน.....เดือน
8. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น
() 1.พ่อ () 2.แม่ () 3.สามี () 4. ภรรยา
() 5.พี่ () 6.น้อง () 7.อื่นๆ ระบุ.....

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภทครั้งแรก

1. การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกเกิดขึ้นจากสาเหตุใดบ้าง เพราะอะไร เช่น 1) ผู้ป่วย เช่น บุคลิกภาพ การรักษา การใช้สุรา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง 2) ครอบครัว/ผู้ดูแล 3) สังคม/ชุมชน 4) ระบบการดูแลรักษา (ผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล สังคม/ชุมชน ระบบการดูแลรักษา

2. ปัญหา อุปสรรค ที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกมีอะไรบ้าง

3. การดูแลตนเอง มีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้อย่างไรบ้าง

4. ครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้อย่างไรบ้าง

5. สังคม/ชุมชน มีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้อย่างไรบ้าง

ด้านขนาดและแนวโน้มของปัญหา

6. ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกมีความรุนแรง มากเพียงใด (เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ความร่วมมือในการรักษา การใช้สารเสพติด)

การรับรู้ผลกระทบของปัญหา

7. การที่ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกมีอาการรุนแรงขึ้นและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อท่านคืออะไร

8. ท่านรู้สึกต่อผู้ป่วยอย่างไร

ด้านความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

9. ท่านคิดว่า ใครบ้างที่ควรเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

10. ท่านคิดว่า แพทย์และพยาบาล ควรให้การดูแลอย่างไรบ้าง จึงจะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ อย่งได้ผล

11. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ผลดี ท่านคิดว่า ครอบครัวหรือญาติควรทำอย่างไร

12. ท่านดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ได้ผลเป็นอย่างไร

13. ท่านต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย อะไรบ้าง

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรกนี้ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้รับบริการที่เป็น ผู้ป่วย

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ใน () หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (ปีเต็ม)
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. สถานภาพสมรส
() 1.โสด () 2.คู่ () 3.หม้าย () 4.หย่า/แยก
6. ระดับการศึกษา
() 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2.ประถมศึกษา () 3.มัธยมศึกษา
() 4.อนุปริญญา/อาชีวศึกษา () 5.ปริญญาตรี () 6.สูงกว่าปริญญาตรี
7. อาชีพ
() 1.ไม่ได้ทำงาน () 2.รับจ้างทั่วไป () 3.เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) () 4.ค้าขาย ทำธุรกิจส่วนตัว () 5.อื่นๆ ระบุ.....
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวน.....บาท
9. ท่านเคยใช้สารเหล่านี้หรือไม่
บุหรี่ () 1.ไม่เคยสูบ () 2.สูบ สูบสัปดาห์ละ.....ครั้งๆ ละ.....มวน
สุรา () 1.ไม่เคยดื่ม () 2.ดื่ม ดื่มสัปดาห์ละ.....ครั้งๆ ละ.....แก้ว
ยาบ้า () 1.ไม่เคยใช้ () 2.ใช้ ครั้งๆ ละ.....เม็ด
10. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทมานาน.....ปี.....เดือน
11. ใครเป็นผู้ดูแลหลักของท่าน
() 1.พ่อ () 2.แม่ () 3.สามี () 4. ภรรยา
() 5.พี่ () 6.น้อง () 7.อื่นๆระบุ.....
12. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
() 1.ไม่มี () 2.มี เช่น () เบาหวาน () ความดันโลหิตสูง () อื่นๆ ระบุ.....
13. ท่านมีญาติที่ป่วยด้วยโรคทางจิตหรือไม่
() 1.ไม่มี () 2.มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาและความต้องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ด้านสาเหตุของปัญหา

1. ท่านคิดว่า การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกเกิดขึ้นจากสาเหตุใดบ้าง เพราะอะไร เช่น 1) ผู้ป่วย เช่น บุคลิกภาพ การรักษา การใช้สุรา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง 2) ผู้ดูแล 3) ครอบครัว)

2. ท่านคิดว่า การดูแลตนเองมีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหรือลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างไรบ้าง

3. ท่านคิดว่า ครอบครัว/ผู้ดูแล มีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้อย่างไรบ้าง

4. ท่านคิดว่า สังคม/ชุมชน มีส่วนให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้อย่างไรบ้าง

ด้านขนาดและแนวโน้มของปัญหา

5. การป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งนี้ทำให้เกิดปัญหา อะไรบ้าง (เช่น สุขภาพ การงาน ชีวิตประจำวัน)

6. การดูแลสุขภาพในขณะนี้ มีปัญหาที่มากน้อยเพียงใด

การรับรู้ผลกระทบของปัญหา

7. ท่านคิดว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกมีอาการรุนแรงขึ้นและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีผลกระทบ กับใครบ้าง (เช่น ตนเอง ครอบครัว การงาน สังคม)

8. ผลกระทบจากการป่วยที่เกิดขึ้นกับท่านคืออะไร ท่านรู้สึกอย่างไร

ด้านความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

9. ปัจจุบันท่านดูแลตนเอง อย่างไรบ้าง

10. ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทใครควรเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องบ้าง

11. เพื่อให้การดูแลรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ผลดี ท่านคิดว่า ครอบครัวหรือญาติควรทำอย่างไร

12. เพื่อให้การดูแลรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ผลดี ท่านคิดว่า แพทย์และพยาบาลควรให้ทำอย่างไรบ้าง

13. ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเพื่อลดอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (ปีเต็ม)
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. สถานภาพสมรส () 1.โสด () 2.คู่ () 3.หม้าย () 4.หย่า/แยก
6. ระดับการศึกษา
 - () 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2.ประถมศึกษา () 3.มัธยมศึกษา
 - () 4.อนุปริญญา/อาชีวศึกษา () 5.ปริญญาตรี () 6.สูงกว่าปริญญาตรี
7. อาชีพ
 - () 1.ไม่ได้ทำงาน () 2.รับจ้างทั่วไป () 3.เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์)
 - () 4.ค้าขาย ทำธุรกิจส่วนตัว () 5.อื่นๆ ระบุ.....
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวน.....บาท
9. ท่านเคยใช้สารเหล่านี้หรือไม่
 - บุหรี่ () 1.ไม่เคยสูบ () 2.สูบ สูบสัปดาห์ละ.....ครั้งๆ ละ.....มวน
 - สุรา () 1.ไม่เคยดื่ม () 2.ดื่ม ดื่มสัปดาห์ละ.....ครั้งๆ ละ.....แก้ว
 - ยาบ้า () 1.ไม่เคยใช้ () 2.ใช้ ครั้งๆ ละ.....เม็ด
10. ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทมานาน.....ปี.....เดือน
11. ใครเป็นผู้ดูแลหลักของท่าน
 - () 1.พ่อ () 2.แม่ () 3.สามี () 4.ภรรยา
 - () 5.พี่ () 6.น้อง () 7.อื่นๆ ระบุ.....
12. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
 - () 1.ไม่มี () 2.มี เช่น () เบาหวาน () ความดันโลหิตสูง () อื่นๆ ระบุ.....
13. ท่านมีญาติที่ป่วยด้วยโรคทางจิตหรือไม่
 - () 1.ไม่มี () 2.มี ระบุ.....

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบวัด แบบประเมิน และแบบสัมภาษณ์

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคจิตผู้ป่วยจิตเภท (พรทิพย์ วงศ์สุบรรณ, 2547)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิต หมายถึง โรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดไปจากคนทั่วไป	1	0
2. อาการทางจิตเกิดจากความเครียดเป็นสาเหตุหลัก	1	0
3. โรคจิต เกิดจากไสยศาสตร์ โดนผีเข้า โดนของ	0	1
4. พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตได้	1	0
5. โรคจิตสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	1	0
6. คนที่เป็นโรคจิตอาจมีอาการเอะอะ อาละวาด ทำลายของ	1	0
7. คนที่เป็นโรคจิตอาจมีอาการซึมเศร้า ไม่ค่อยพูด ไม่สนใจตนเอง	1	0
8. คนที่เป็นโรคจิตอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น	1	0
9. โรคจิตเมื่อรักษาแล้วจะหายขาด ไม่มีโอกาสกลับเป็นได้อีก	0	1
10. โรคจิตเมื่อกินยาอาการทุเลาแล้ว สามารถหยุดยาได้เอง	0	1
11. ยารักษาโรคจิตอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายไหล	1	0
12. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจควรปรึกษากับคนที่ใกล้ชิดหรือไว้วางใจ	1	0
13. ถ้าอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ควรไปพบแพทย์	1	0
14. การรับประทานยาสม่ำเสมอ ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น	1	0
15. ขณะรับประทานยาทางจิต ไม่ควรขับขีรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล	1	0
16. ท่านควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว เป็นต้น	1	0
17. ขณะรับประทานยาสามารถทำงานได้ตามความถนัดหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้	1	0
18. ขณะอยู่ที่บ้านท่านไม่สามารถทำงานหรือช่วยงานของครอบครัวได้	0	1
19. ท่านควรมีส่วนร่วมทำกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น งานบวช กิจกรรมทางศาสนา	1	0
20. การอยู่ร่วมกัน หรือพบปะพูดคุยกับผู้อื่นทำให้อาการทางจิตดีขึ้น	1	0

เกณฑ์การวัดระดับความรู้

11 – 20 คะแนน

มีความรู้ระดับสูง

0 – 10 คะแนน

มีความรู้ระดับต่ำ

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิต หมายถึง โรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดไปจากคนทั่วไป	1	0
2. สาเหตุของการเจ็บป่วยอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง	1	0
3. โรคจิตเกิดจากไสยศาสตร์ โดยมีเข้า โดนของ	0	1
4. พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตได้	1	0
5. โรคจิตสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	1	0
6. ความผิดหวังจากการเรียน การทำงาน ความรัก เป็นสิ่งกระตุ้นให้ป่วยเป็นโรคจิตได้	1	0
7. ความขัดสน ยากจน และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้ป่วยเป็นโรคจิตได้	1	0
8. ผู้ป่วยโรคจิตอาจมีอาการรุนแรง มีความคิด การพูด และพฤติกรรมที่แปลกประหลาด	1	0
9. คนที่เป็นโรคจิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายของหรือทำร้ายคนอื่น	0	1
10. โรคจิตมักมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย	1	0
11. คนที่เป็นโรคจิตอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น และไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น	1	0
12. ผู้ป่วยโรคจิตอาจมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่ามีคนจะมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญมีอำนาจ เป็นต้น	1	0
13. ผู้ป่วยโรคจิตทุกคนจะมีความจำเสื่อม พูดจาไม่รู้เรื่อง	0	1
14. คนที่มีอาการเหม่อลอย ซึมเศร้า ขอบบอญคนเดียว พูดคนเดียว ไม่สนใจความสะอาดของตนเองยังไม่ถือว่าเป็นโรคจิต	0	1
15. โรคจิตเมื่อรักษาแล้วจะหายขาด ไม่มีโอกาสกลับเป็นได้อีก	0	1
16. ผู้ป่วยได้รับการรักษา แล้วถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนทาง จิตใจหรือได้รับพิษจากยาเสพติด ผู้ป่วยก็จะมีอาการสงบลง	1	0
17. ผู้ป่วยโรคจิตควรกินยาจนกว่าอาการจะทุเลาลงแล้วจึงหยุดยา	0	1
18. ยารักษาโรคจิตอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายยืด	1	0
19. การรักษาด้วยไฟฟ้ามีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย	0	1
20. การพูดคุยให้คำปรึกษาผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคจิต	1	0
21. ถ้าผู้ป่วยอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ ควรพูดเสียงดังและใช้กำลังเพื่อให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำ	0	1
22. ถ้าผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร ไม่ควรเข้าไปรบกวนผู้ป่วย	0	1
23. การพูดคุยกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นอีก	0	1
24. ควรให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า เป็นต้น	1	0
25. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉยๆ เพื่อที่จะได้ไม่รบกวนคนอื่น	0	1

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ (ต่อ)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
26. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ	1	0
27. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดทุกชนิด	0	1
28. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีท่าที่ไม่ไว้ใจใคร ควรดูอาการไปก่อนถ้าเป็นมากจึงพามาพบแพทย์	0	1

เกณฑ์การวัดระดับความรู้

25 คะแนนขึ้นไป	อยู่ในระดับดีมาก
22-24 คะแนน	อยู่ในระดับดี
21-23 คะแนน	อยู่ในระดับปานกลาง
20-22 คะแนน	อยู่ในระดับพอใช้
ต่ำกว่า 20 คะแนน	อยู่ในระดับ ต้องปรับปรุง

แบบประเมินอาการเตือน (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย / ในช่องด้านขวามือตามอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พบ

อาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย	มี	ไม่มี
ข้อ 1 นอนไม่หลับ		
ข้อ 2 ควบคุมการกระทำตนเองไม่ค่อยได้ เช่น นั่งไม่ติด พูดเสียงดัง ชอบออกนอกบ้าน มีพฤติกรรม ทางเพศไม่เหมาะสม		
ข้อ 3 สนใจเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการอาบน้ำ รับประทานอาหาร การแปรงฟันลดน้อยลงกว่าเดิม		
ข้อ 4 พูดคนเดียว ยิ้ม หัวเราะคนเดียว		
ข้อ 5 แยกตัวอยู่คนเดียว เช่น อยากรอตามลำพัง เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง		
ข้อ 6 ก้าวร้าว วุ่นวาย อาละวาดทำลายสิ่งของ ทะเลาะ จะทำร้ายผู้อื่น		
ข้อ 7 ตึงเครียด วิตกกังวล กลัว		
ข้อ 8 มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้		
ข้อ 9 รู้สีกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า		
ข้อ 10 หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย		
ข้อ 11 มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องบางเรื่อง เช่น คิดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ		
ข้อ 12 มีอาการระแวง เช่น คิดว่ามีคนไม่หวังดี มีคนคอยติดตาม ถูกกลั่นแกล้ง มีคนจะทำร้าย		
ข้อ 13 มีความคิดว่า มีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา เช่น เป็นผู้วิเศษ มีอิทธิฤทธิ์ เป็นบุคคลสำคัญ		

อาการเตือนก่อนการกำเริบแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรุนแรงต่ำ (สีเขียว) มีอาการเตือน ข้อ 5, 9

ระดับที่ระดับความรุนแรงปานกลาง (สีเหลือง) มีอาการเตือน ข้อ 3, 7, 8, 11, 13

ระดับระดับความรุนแรงสูง (สีแดง) มีอาการเตือน ข้อ 1, 2, 4, 6, 10, 12

แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน (อนงค์นุช ศาโศก และคณะ, 2559)

คำชี้แจง

1. แบบติดตามมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการติดตามเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ให้ครอบคลุมประเด็นความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย
2. ให้ท่านให้คะแนนการประเมินที่เป็นจริงและตรงกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน	คะแนนการประเมิน
<p>1. ด้านอาการทางจิต</p> <p>ไม่มีอาการ = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่อง ช่วยตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้</p> <p>มีบ้าง = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม มีอย่างน้อย 10 วันใน 1 เดือน</p> <p>มีบ่อย = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมมีมากกว่า 10 วัน ใน 1 เดือน</p> <p>หมายเหตุ : ถ้าพบ 2 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) เพื่อประเมินผู้ป่วยร่วมด้วยทุกครั้งเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง</p>	
<p>2. ด้านการกินยา</p> <p>สม่ำเสมอ = 1 คะแนน หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวัน ตามที่แพทย์สั่ง</p> <p>ไม่สม่ำเสมอ = 2 คะแนน หมายถึง รับประทานยาไม่ครบ ตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีรับประทานยาเป็นบางเวลา</p> <p>ไม่กินยา = 3 คะแนน หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ</p>	
<p>3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ</p> <p>ดี = 1 คะแนน คือ มีผู้ดูแลหลัก เป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล</p> <p>ปานกลาง = 2 คะแนน คือ มีผู้ดูแล เป็นคนนอกครอบครัว</p> <p>ปรับปรุง = 3 คะแนน คือ ไม่มีผู้ดูแล หรือ ผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ</p>	
<p>4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p>ทำได้ = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง</p> <p>ทำได้บ้าง = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ</p> <p>ทำไม่ได้ = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย</p>	
<p>5. ด้านการประกอบอาชีพ</p> <p>ทำได้ = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพ หรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง</p> <p>ทำได้บ้าง = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีคนกระตุ้น</p> <p>ทำไม่ได้ = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย</p>	
<p>6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว</p> <p>ดี = 1 คะแนน คือ ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวกเป็นส่วนใหญ่</p> <p>ทำได้บ้าง = 2 คะแนน คือ ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบการดูต่ำ ตักเตือน ต่ำว่า บางครั้ง</p> <p>ทำไม่ได้ = 3 คะแนน คือ ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การตีเตือน ดุถูก ต่ำว่า และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง</p>	
<p>7. ด้านสิ่งแวดล้อม</p> <p>ดี = 1 คะแนน คือ มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง</p> <p>ปานกลาง = 2 คะแนน คือ มีที่อยู่อาศัย แต่แยกจากครอบครัวอยู่คนเดียว หรือมีที่อาศัยเป็นครั้งคราว</p> <p>ปรับปรุง = 3 คะแนน คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย เรื้อรัง</p>	

แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) (ธนา นิลชัยโกวิท, 2550)

คำชี้แจง

1. รายการประเมินต่อไปนี้เป็นรายการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการรายงานของบุคคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดหรือสมาชิกครอบครัวในกรณีที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ประเมินสามารถใช้คู่มือการใช้ PANSS-T ฉบับภาษาไทย ประกอบการประเมินอาการ

2. ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในคำตอบที่เป็นจริงและตรงกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด คะแนนจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่มีอาการ
- 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด
- 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง
- 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง
- 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

ข้อความ	ไม่มี อาการ (1)	มีอาการ ขั้น ต่ำสุด (2)	มีอาการ เล็กน้อย (3)	มีอาการ ปาน กลาง (4)	มีอาการ ค่อนข้าง รุนแรง (5)	มีอาการ รุนแรง (6)	มีอาการ รุนแรง มาก (7)
อาการด้านบวก							
1. อาการหลงผิด							
2. ความคิดสับสน							
3. อาการประสาทหลอน							
4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย							
5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง							
6. ความคิดรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย							
7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร							
อาการด้านลบ							
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. การแยกตัวทางอารมณ์							
3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง							
4. อาการสัมพันธ์บกพร่อง							
5. มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม							

แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) (ต่อ)

คำชี้แจง

1. รายการประเมินต่อไปนี้เป็นการประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการรายงานของบุคคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดหรือสมาชิกครอบครัวในกรณีที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ประเมินสามารถใช้คู่มือการใช้ PANSS-T ฉบับภาษาไทย ประกอบการประเมินอาการ

2. ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในคำตอบที่เป็นจริงและตรงกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด คะแนนจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่มีอาการ
- 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด
- 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง
- 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง
- 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

ข้อความ	ไม่มี อาการ (1)	มีอาการ ขั้นต่ำสุด (2)	มีอาการ เล็กน้อย (3)	มีอาการ ปานกลาง (4)	มีอาการ ค่อนข้าง รุนแรง (5)	มีอาการ รุนแรง (6)	มีอาการ รุนแรง มาก (7)
6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สนใจต่อเนื่อง							
7. การคิดอย่างตายตัว							
อาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป							
1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย							
4. ความตึงเครียด							
5. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ							
6. อาการซึมเศร้า							
7. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า							
8. การไม่ร่วมมือ							
9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ							
10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล							
11. อาการสมาธิและความสนใจเสีย							
12. การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย							
13. การไม่สามารถควบคุม, ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆด้วยตนเอง							
14. ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี							
15. ความคิดหมกหมุ่น							
16. การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม							

แบบประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย (T-PSS-10) (Wongpakaran, N., & Wongpakaran, 2010)

คำชี้แจง รายการประเมินต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดของท่านในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในคำตอบที่เป็นจริงและตรงกับท่านมากที่สุด ระดับคะแนนภาวะความเครียดมีดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่เลย หรือไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลยใน 1 เดือน
- 1 หมายถึง แทบจะไม่มี หรือเกิดความรู้สึกนั้นกับท่านประมาณ 1-2 ครั้ง ในหนึ่งเดือน
- 2 หมายถึง มีบางครั้ง หรือเกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 1-3 ครั้ง
- 3 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย หรือเกิดความรู้สึกนั้นกับท่านอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง
- 4 หมายถึง บ่อยมาก หรือเกิดความรู้สึกกับท่านเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ไม่เลย (0)	แทบจะ ไม่มี (1)	มีบางครั้ง (2)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	บ่อยมาก (4)
1. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกไม่สบายใจเพราะมีสิ่งที่เกิดขึ้น อย่างไม่คาดคิด					
2. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกว่า คุณไม่สามารถควบคุมเรื่องสำคัญๆ ในชีวิตได้ของคุณได้					
3. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกกระสับกระส่ายและตึงเครียด					
4. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึก มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะรับมือกับปัญหาส่วนตัวทั้งหลาย					
5. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกว่าสิ่งทั้งหลายเป็นไปในทิศทางที่ต้องการ					
6. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกว่า คุณไม่สามารถจัดการกับสิ่งทั้งหลายทั้งที่เป็นสิ่งที่ล้นเคยทำมาแล้ว					
7. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกว่าสามารถควบคุมสิ่งทั้งหลายที่มากวนใจได้					
8. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกว่า คุณควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้					
9. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณโกรธอันเนื่องมาจากสิ่งทีนอกเหนือจากการควบคุมของคุณ					
10. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกว่าปัญหาต่างๆ ทับถมกันมากขึ้นจนคุณไม่สามารถแก้ไขได้หมด					

แบบบันทึกการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล(แผนกผู้ป่วยใน)

คำชี้แจง ให้ท่านเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

การติดตาม	ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 4	ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 12	ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 24
1.การกลับเป็นซ้ำ	() ไม่มี () มี	() ไม่มี () มี	() ไม่มี () มี
2.วันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล			
3.ทนายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา			

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างความคิดเห็นของบุคลากรทางสุขภาพ ต่อปัจจัยแห่งความสำเร็จ

คำชี้แจง ข้อคำถามนี้ใช้เป็นแนวทางสำหรับการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของบุคลากรทางสุขภาพ ต่อปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลนี้

- 1.ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลนี้ ประกอบด้วยอะไรบ้าง
- 2.ท่านได้เรียนรู้อะไรบ้าง
- 3.ท่านมีความคิดเห็นในด้านประสิทธิผลต่อผู้รับบริการอย่างไรบ้าง
- 4.ท่านมีความคิดเห็นในด้านการบริหารจัดการอย่างไรบ้าง (เช่น การทำกลุ่ม การบำบัดต่างๆ)
- 5.โปรดให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างความคิดเห็นของผู้ดูแลหลักต่ออาการทางจิต

คำชี้แจง ข้อคำถามนี้ใช้เป็นแนวทางสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก

- 1.ผู้ป่วยที่ท่านดูแลมีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง (เช่น ด้านความคิด อาการด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม)
- 2.ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยมากเพียงใด
- 3.ท่านได้รับคำแนะนำถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือไม่ อย่างไรบ้าง
- 4.ในปัจจุบันท่านเห็นว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร
- 5.ในปัจจุบันท่านมีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่ออาการทางจิตอย่างไร
- 6.โปรดให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างความคิดเห็นของผู้รับบริการต่ออาการทางจิต

คำชี้แจง ข้อคำถามนี้ใช้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทต่ออาการทางจิต ภายหลังที่เข้าร่วมกิจกรรม

- 1.อาการทางจิตของท่านมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง (ด้านความคิด อาการด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม)
- 2.ท่านรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางจิตของตนมากเพียงใด
- 3.ท่านได้รับคำแนะนำวิธีจัดการอาการทางจิตของตนหรือไม่ อย่างไรบ้าง
- 4.ความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการทางจิตของท่านเป็นอย่างไร
- 5.ในปัจจุบันท่านมีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกต่ออาการทางจิตของตนอย่างไร
- 6.โปรดให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางจารุณี อินทฤทธิ์
วันเกิด	วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2515
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 1/1 ถนนศรีมหาสารคาม ซอย 4 ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2534 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเบ็ญจะมะมหาราช จังหวัด อุบลราชธานี พ.ศ. 2538 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ปก.พย.) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2542 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว