

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
 - 1.3 ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.4 ผลกระทบของโรคจิตเภท
 - 1.5 การดำเนินโรคและการรักษา
 - 1.6 การกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.3 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.4 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 แนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์
 - 3.3 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 3.4 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่
4. การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 4.2 รูปแบบการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

5. สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่

โรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1994) ได้ให้ความหมายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ ซึ่งทำให้มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความผิดปกติโดยระดับความรู้สึกตัวและระดับเซาว์ปัญญายังคงปกติ

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายของ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมในระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ที่มีอาการจะต้องไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษของยาหรือการเสพสารเสพติด

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM-IV-TR (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision) (APA, 2000) ให้ความหมายโรคจิตเภท ว่าเป็นอาการและอาการแสดง โดยใช้เกณฑ์ด้านความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน เกณฑ์ด้านการสังคม เกณฑ์ด้านระยะเวลาที่เกิดอาการ ทั้งนี้จะต้องสามารถแยกให้ได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการที่เกิดจากความผิดปกติด้านอารมณ์หรือการได้รับสารพิษ

บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย ICD-10 TM (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Thai Modification) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภท ว่าเป็นความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญายังปกติอยู่ การดำเนินของโรคจิตเภทจะเป็นแบบต่อเนื่องหรือบางรายมีอาการเป็นพักๆ แล้วดำเนินต่อหรือเป็นตลอดเวลา

ดังนั้นจึงสรุปว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ด้านความคิด ส่งผลให้พฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ในขณะที่ระดับสติสัมปชัญญะและระดับเซาว์ปัญญาเป็นปกติ ทั้งนี้ต้องมีอาการในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้บุคคลใกล้ชิดสามารถที่จะสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกตินี้ได้

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือ DSM-IV-TR (APA, 2000) มีเกณฑ์ในการระบุลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อการวินิจฉัยการเป็นโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้ (สวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554)

กลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. อาการหลงผิด ซึ่งอาการหลงผิดที่พบบ่อยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ คิดว่าตนเองมีคนคอยปองร้าย (delusion of persecution) และ คิดว่ามีคนอื่นพูดเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference)

2. อาการประสาทหลอน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการประสาทหลอนจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ที่พบบ่อย คืออาการหูแว่ว เสียงแว่วที่ได้ยินมักจะเป็นเสียงคำพูด เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดว่าร้ายหรือสบประมาทตนเอง หรือการพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง

3. ความผิดปกติของคำพูด พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ได้ ทำให้คำพูดไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องราว เนื้อหาคำพูดไม่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน หรือบางคนพูดไม่รู้เรื่องเลย

4. ความผิดปกติของพฤติกรรม พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมวุ่นวายพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย ไม่ใส่ใจตนเอง บางรายมีการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม สกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย

กลุ่มอาการทางด้านลบ (negative symptoms) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) ซึ่งจะสังเกตได้จากสีหน้าของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเรียบเฉย ไม่มีการแสดงของอารมณ์ ไม่มีการมองสบตาหรือการแสดงกิริยาท่าทางต่าง ๆ

2. พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) แสดงออกโดยการตอบคำถามแบบสั้น ๆ โดยใช้คำพูดน้อยหรือไม่สนใจที่จะตอบคำถาม

3. ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งอยู่เฉยๆ ในระยะเวลาานาน ๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

ดังนั้น สรุปได้ว่าลักษณะอาการของโรคจิตเภท แบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) กลุ่มอาการด้านบวก ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน มีความผิดปกติของคำพูด และมีความผิดปกติด้านพฤติกรรม และ 2) กลุ่มอาการด้านลบ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และ ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด

ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ประกอบด้วย

1.1 พันธุกรรม เชื่อว่าโรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่าญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนทั่วไป คู่ฝาแฝดที่ไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทร่วมกันร้อยละ 40-50 ทำให้เชื่อว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (nongenetic factors) ก็มีส่วนร่วมทำให้เกิดการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1.2 สมมติฐานของโดปามีน โดยเชื่อว่า โดปามีนเป็นปัจจัยด้านชีวเคมีที่มีผลทำให้เกิดการเป็นโรคจิตเภท โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลนี้จากการศึกษาเรื่องยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวกันของโดปามีนกับตัวรับโดปามีน ทำให้เกิดสมมติฐานที่ว่า โรคจิตเภทเกิดจากการทำงานของโดปามีนที่มากเกินไป (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2545)

1.3 สารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งพบว่าการทำงานของซีโรโทนิน 2 รีเซพเตอร์ (serotonin 2 receptor) ในส่วนหน้าของคอร์เท็กซ์ (frontal cortex) ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2545)

1.4 ในทางประสาทพยาธิวิทยาและการฉายภาพสมอง พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความผิดปกติของสมองหลายแห่ง เช่น มีการกว้างขึ้นของสมองส่วนโพรงสมองด้านข้าง การมีปริมาณลดลงของอมิกดาลา (amygdala) และฮิปโปแคมปัส (hippocampus) รวมถึงการมีปริมาณเพิ่มขึ้นของเบซอล แกงเกลีย (basal-ganglia) และการทำงานของสมองส่วนหน้า (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1.5 ปัญหาแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด ซึ่งในการศึกษาจากประวัติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทอาจมีสาเหตุจากการที่ทารกในครรภ์ได้รับความกระทบกระเทือนในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นระยะที่เซลล์ประสาท (nerve cells) กำลังมีการเคลื่อนตัวเพื่อก่อตัวเป็นเปลือกสมองใหญ่ (cerebral cortex) รวมถึงการอดอาหารของมารดาในช่วงไตรมาสแรก หรือการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองในขณะที่สมองกำลังมีการเจริญเติบโต

2. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยเหตุด้านกระบวนการภายในจิตใจ ได้แก่ ความขัดแย้งภายในจิตใจที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติ ได้แก่ ความอยาก ถ้าบุคคลมีพลังความอยาก ความต้องการ

มากกว่าพลังควบคุม บุคคลนั้นจะทำตามความอยาก ความต้องการของตนเอง ทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ก่อให้เกิดอารมณ์ขุ่นเคือง โกรธ แต่ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลสามารถควบคุมความอยาก ความต้องการมาก จนไม่สามารถตอบสนองอย่างเพียงพอ จะส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความคับข้องใจและไม่มีความสุข (มานิต ศรีสุรารานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542)

2.2 ปัจจัยเหตุด้านกระบวนการระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็กซึ่งมีผลต่อกระบวนการพัฒนาทางด้านจิตใจและอารมณ์ของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสามขวบปีแรกของชีวิต ถ้าเด็กได้รับความรักความอบอุ่นที่เพียงพอเด็กเรียนรู้ที่จะรักตนเอง รักผู้อื่น เกิดทัศนคติที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบรรยากาศในการเลี้ยงดูเกิดความสับสน มีการสื่อสารที่ขัดแย้งกันในเวลาเดียวกัน จะส่งผลให้เด็กเกิดความสับสนและทำให้เป็นโรคจิตเภทในที่สุด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทัศนคติ ค่านิยม สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สิ่งที่ได้รับการถ่ายทอดจากบุคคลในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่จะปลูกฝังแบบแผนความคิดและความเชื่อให้กับเด็ก หากมีการปลูกฝังค่านิยม ความคิดทัศนคติที่ผิดให้เด็ก จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้แบบแผนความคิดและความเชื่อเป็นไปในทางที่ไม่ดี (มานิต ศรีสุรารานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542)

3. ปัจจัยทางครอบครัว ประกอบด้วย การสื่อสารในครอบครัวที่ไม่ชัดเจน จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารในครอบครัวที่มีการสื่อสารแบบไม่ตรงไปตรงมา ไม่กระจ่างแจ้ง และไม่สอดคล้องกันทั้งในพฤติกรรมและคำพูด เป็นสาเหตุของโรคจิตเภทรวมถึงครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ สมาชิกในครอบครัวขาดความอบอุ่น ไม่มีความเป็นมิตร หรือมีการล่วงล้ำสิทธิความเป็นบุคคลของสมาชิกในครอบครัวหรือของครอบครัวอื่น สมาชิกในครอบครัวไม่มีขอบเขตของความเป็นส่วนตัว ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนจะส่งผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทได้

ดังนั้น สรุปได้ว่า ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท ประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม และ 3) ปัจจัยทางครอบครัว ซึ่งพบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กันที่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยแยกโรค

มานอน หล่อตระกูล (2550) ได้เสนอแนวทางการวินิจฉัยแยกโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

1. โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Secondary and substance-induced psychotic disorders) อาการที่พบ ได้แก่ อาการเพ้อ สับสน (delirium) จะมีอาการภายหลังหยุดดื่มสุรา 48 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการอาการคลั่งได้ อาเจียน ตื่นเต้นอยู่นิ่งไม่ได้ มีประสาทหลอนทางตา หรือหู

เสียงที่ได้ยินอาจเป็นเสียงคนพูดหรือเป็นเสียงคล้ายแมลงดังในหู บางครั้งมีการพูดโต้ตอบกัน ทำให้พบว่าผู้ป่วยพูดคนเดียว ร่วมกับมีอาการสับสน งุนงง กระสับกระส่าย พูดเพื่อใจไม่ปะติดปะต่อกัน

2. ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) พบได้ในบุคคลมีอารมณ์ดีมากกว่าปกติ (mania) หรือภาวะซึมเศร้า (depression) ซึ่งแยกจากโรคจิตเภทได้ยาก ความผิดปกติทางด้านอารมณ์กับโรคอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกได้ 3 ลักษณะคือ อารมณ์เปลี่ยนจากเดิมเป็นอารมณ์เศร้า หรือ มีการเปลี่ยนอารมณ์จากเดิมเป็นสนุกสนาน ร่าเริง หรือ มีทั้งอารมณ์เศร้าและอารมณ์สนุกสนานร่าเริงสลับกันไป

3. โรคหลงผิด (delusional disorder) ลักษณะของอาการหลงผิด พบว่า เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่ว ๆ ไปผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

4. โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality disorder) บางชนิด โดยเฉพาะในชนิด A (cluster A) จะมีความคิดที่บางครั้งฟังแล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม มีพฤติกรรมระแวง ขี้สงสัย ไม่เชื่อใจผู้อื่น รวมถึงมีพฤติกรรมที่ระมัดระวังตัวอย่างมาก ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโรคโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

ดังนั้น สรุปได้ว่า การวินิจฉัยแยกโรค สามารถแยกได้ดังนี้ 1) โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด 2) ความผิดปกติทางอารมณ์ 3) โรคหลงผิด 4) โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายโรคจิตเภท ในการวินิจฉัยโรคจิตเภท จึงต้องมีการซักประวัติและตรวจประเมินอาการให้ครอบคลุมและครบถ้วน

การจำแนกโรคจิตเภท

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันหรือ DSM-IV-TR (APA, 2000) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 5 ประเภท ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1. ประเภทหวาดระแวง (paranoid) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนเป็นอาการนำ อาการหลงผิดที่พบ ได้แก่ หลงผิดคิดว่ามีคนอื่นให้ร้ายหรือกล่าวร้ายตนเองหรือมีการพาดพิงถึงตนเอง หรือมีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้ยิ่งใหญ่มีอำนาจเหนือผู้อื่น อาการประสาทหลอน มักพบอาการหูแว่ว ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้ยินเสียงที่คนอื่นว่ากล่าวหรือให้ร้ายตนเอง หรือการที่มีเสียงสั่งให้ทำในสิ่งต่างๆ เช่น สั่งให้กระโดดน้ำ เสียงสั่งให้ไปฆ่าคนอื่น เป็นต้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้จะไม่มีอาการทางด้านอารมณ์ที่เด่นชัด (negative symptoms)

2. ประเภทว้าวุ่นสับสน (disorganized) ซึ่งเรียกอีกอย่างเป็น Hebephrenic อาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทที่พบคือ มีคำพูดสับสน มีพฤติกรรมที่ไร้ความหมาย และมีพฤติกรรมสับสนวุ่นวาย มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการแสดงออกของอารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสม

3. ประเภทพฤติกรรมคงรูป (catatonic) ลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้จะมี 2 ใน 5 อาการดังต่อไปนี้ 1) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ โดยไม่เปลี่ยนท่า 2) มีการเคลื่อนไหวโดยไร้จุดมุ่งหมายมากเกินไป 3) เงียบเฉย ไม่พูด หรือต่อต้านคำพูดและคำแนะนำของคนอื่น 4) มีอาการเคลื่อนไหวแปลก ๆ อยู่ในรูปแบบเดิมซ้ำ ๆ กัน 5) พูดตามคนอื่น ๆ (echolalia) หรือทำตามอย่างผู้อื่น (echopraxia)

4. ประเภทจำแนกไม่ได้ (undifferentiated) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้จะมีอาการอย่างน้อย 2 อาการดังนี้ 1) มีอาการประสาทหลอน 2) มีอาการหลงผิด 3) มีอาการพูดสับสน 4) มีพฤติกรรมสับสนหรือมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรืออยู่ในท่าเดิมนาน ๆ 5) มีอารมณ์ราบเรียบ เฉยเฉย (negative symptom) เนื้อหาของความคิดน้อย อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่มีสมาธิ และไม่สามารถมีความสุขในชีวิตได้

5. ประเภทอาการหลงเหลือหลังเจ็บป่วย (residual) ซึ่งพบได้ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมาแล้วครั้งหนึ่ง ซึ่งการเจ็บป่วยในครั้งใหม่จะไม่มีอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด รวมถึงพฤติกรรมไม่สับสน แต่จะมีอาการทางลบเป็นอาการนำทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำงานได้

บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย ICD-10 TM (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Thai Modification) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ได้จำแนกความผิดปกติชนิดโรคจิตเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่พบมากที่สุด อาการปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนอาการที่เด่นชัดคือ อาการหลงผิด หวาดระแวง อาการประสาทหลอน ที่พบบ่อยคือ อาการหูแว่ว

2. โรคจิตเภทชนิดที่เริ่มเกิดในวัยรุ่น (Hebephrenic schizophrenia) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลุ่มนี้จะมีอายุระหว่าง 15 -25 ปี อาการของโรคมักจะดำเนินไปอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์อย่างรวดเร็วร่วมกับมีอาการหลงผิด และพบอาการที่มีลักษณะเฉพาะตัว ได้แก่ อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมและยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเภทนี้จะมีความคิดกระจัดกระจาย คำพูดไม่ต่อเนื่อง ร่วมด้วย

3. โรควิตเภทชนิดนิ่งเกร็ง (Catatonic schizophrenia) ผู้ที่เป็นโรควิตเภทกลุ่มนี้จะมีอาการเด่น คือการเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ บางรายจะอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ หรือบางรายจะมีอาการลุกกลิ้งกลอน อาละวาดทำลายข้าวของร่วมด้วย
4. โรควิตเภทชนิดแบ่งแยกไม่ชัดเจน (Undifferentiated schizophrenia) ผู้ที่เป็นโรควิตเภทกลุ่มนี้ จะมีการแสดงออกหลายอย่างที่เข้าข่ายของการป่วยเป็นโรควิตเภท แต่อาการที่แสดงออกไม่สามารถเข้าข่ายของโรควิตเภทใด ๆ ได้ และไม่สามารถแยกออกได้ว่าอะไรเป็นลักษณะเด่นที่จะสามารถนำมาจำแนกเป็นโรควิตเภทได้
5. อารมณ์เศร้าหลังโรควิตเภท (Post – schizophrenia depression) ผู้ที่เป็นโรควิตเภทกลุ่มนี้จะมีภาวะซึมเศร้า หลังจากเจ็บป่วยด้วยโรควิตเภท อาการทางจิตเภทสามารถเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบแต่ส่วนใหญ่จะมีอาการทางด้านลบ
6. โรควิตเภทที่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ (Residual schizophrenia) ผู้ที่เป็นโรควิตเภทกลุ่มนี้เคยมีอาการทางจิตหนึ่งครั้งหรือมากกว่าหนึ่งครั้ง มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายช้า คิดช้า ทำช้า ไม่เข้าสังคม การดูแลตนเองไม่ดี
7. โรควิตเภทแบบธรรมดา (Simple schizophrenia) ผู้ที่เป็นโรควิตเภทกลุ่มนี้จะมีลักษณะเด่น ด้านความประพฤติกว่าคือ ผู้ที่เป็นโรควิตเภทจะไม่สามารถทำตามความคาดหวังของสังคมได้ ทำให้มีพฤติกรรมเสื่อมถอย แต่จะไม่ปรากฏอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน
8. โรควิตเภทอื่นๆ (Other schizophrenia) ผู้ที่เป็นโรควิตเภทกลุ่มนี้จะมีอาการที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตเภทใดๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว
9. โรควิตเภทมิได้ระบุรายละเอียด (Schizophrenia unspecified) ผู้ที่เป็นโรควิตเภทกลุ่มนี้ไม่สามารถจำแนกประเภทได้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM-IV-TR (APA, 2000) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1. ลักษณะอาการจำเพาะ: มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาได้ผล)

1.1 อาการหลงผิดซึ่งจะแสดงให้เห็นด้วยการ ที่ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีความเชื่อที่ผิด โดยไม่เป็นจริง ได้แก่ หลงผิดคิดว่ามีคนจะทำร้าย หลงผิดคิดว่าคนอื่นว่าร้ายหรือนินทาตนเอง หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ หรือหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นต้น

1.2 อาการประสาทหลอนเป็นอาการที่เกิดการจากรับรู้ผิด ซึ่งสามารถเกิดได้ทั้ง ประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และการสัมผัส เช่น ได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน เห็น ภาพที่คนอื่นมองไม่เห็น ได้กลิ่นเหม็นในขณะที่คนอื่นไม่ได้กลิ่น หรือการรับรู้รสชาติอาหารที่ ผิดปกติ เป็นต้น

1.3 มีอาการของความผิดปกติทางการพูด (disorganized speech) เป็นลักษณะการ พูดจาสับสน พูดคนเดียวเป็นเรื่องเป็นราวในขณะที่คนอื่น ๆ ฟังไม่เข้าใจ เนื้อหาสาระของเรื่องที่พูด จับใจความไม่ได้ รวมถึงการสร้างคำขึ้นมาเอง ภาษาที่พูดเป็นภาษาที่คนอื่นฟังแล้วไม่เข้าใจ เป็นต้น

1.4 มีพฤติกรรมแปลกๆ ทำอะไรต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นในลักษณะแบบ ว้าวุ่นสับสน (disorganized) หรือ มีพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวแบบคงรูปเดิม (catatonic) อย่าง เห็นได้ชัด

1.5 อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition)

2. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงานเสื่อม มีความบกพร่องในการทำงานระยะอาการ กำเริบ ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญ ๆ บกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนการเจ็บป่วยอย่าง ชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงานในหน้าที่รับผิดชอบ สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการ ดูแลตนเองลดลง บางคนมีพฤติกรรมการแยกตัว ไม่สนใจตนเอง โดยมีปัญหาที่อยู่นานพอสมควร หากอาการเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น จะทำให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภท มีพัฒนาการไม่ถึงเป้าหมาย ตามวัยในด้านของ สัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน และผลการเรียนจะตกต่ำลง

3. ระยะเวลามีอาการของความผิดปกติจะมีอยู่อย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือนซึ่ง ภายใน 6 เดือน และอาการดังกล่าวจะเป็นอยู่นานอย่างน้อย 1 เดือน หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้นของ โรค (prodromal symptoms) หรืออาการหลงเหลือ (residual symptoms) ด้วย ในระยะเริ่มต้นหรือระยะหลงเหลือ อาจมีอาการเพียงแต่อาการด้านลบ แต่อาการเบาบางกว่าเช่น การมีความคิดแปลก ๆ มีการรับรู้ที่ต่างไปจากปกติ (unusual perceptual experience)

4. ไม่ใช่อาการจิตอารมณ์หรืออาการที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติด้านอารมณ์ (Schizoaffective และ Mood Disorder) ซึ่งจะต้องแยก โรคจิตเภทชนิดสั้น (Schizoaffective) และ โรคความผิดปกติ

ทางอารมณ์ (Mood Disorder) ที่มีอาการ โรคจิต ช่วงเวลาที่มีอาการด้านอารมณ์โดยรวมทั้งหมดจะสั้นกว่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาอาการ โรคจิตกำเริบและระยะที่มีอาการ โรคจิตหลงเหลือ

5. ไม่ใช่อาการจากสารพิษที่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือยาตัวอื่น และไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย รวมถึง อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสารอื่นๆ เช่น สารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งสามารถพิจารณาได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการที่เกิดจากสารเคมีหรือยาที่มีผลต่อการรับรู้ หรือมีผลต่อระบบประสาท

6. มีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการ (Pervasive Developmental Disorder) ซึ่งหากผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีประวัติของ โรคออทิสติก (Autistic Disorder) หรือมีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorder) จะวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท (Schizophrenia) ต่อเมื่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อยหนึ่งเดือน ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล

ผลกระทบของโรคจิตเภท

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคจิตเภท พบว่าโรคจิตเภทนั้นมีความรุนแรงทำให้มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังมีระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้เกิดผลกระทบดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมักมีความคิดและพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับคนส่วนใหญ่ และมักจะไม่มีการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง จึงมักจะพบว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภท มักจะอยู่คนเดียว หมกมุ่น และครุ่นคิดอยู่กับความคิดของตนเอง ไม่สนใจคนอื่น หรือสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม บางคนมีการพูดหรือการกระทำที่ทำให้คนอื่นรังเกียจ จนไม่ยอมเข้าใกล้ ไม่มีใครคบค้าสมาคมด้วยทำให้มีความบกพร่องในทักษะทางสังคมหลายๆ อย่างรวมถึงการส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้ (นฤพร พงษ์คุณากร, 2550) จากการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2554) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อทำหน้าที่ทางสังคมของ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นอย่างมาก อาการด้านบวกส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกประหลาดทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม ส่วนอาการด้านลบส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดแรงจูงใจในการเข้าสังคม เกิดการแยกตัว และพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 47 ถูกแบ่งแยกออกจากสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการรับรู้ต่อตนเองในด้านลบ เช่น ตราบาป ความรู้สึกด้อยค่า ความรู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ บางคนมีการปกปิดอาการเจ็บป่วยของตนเอง จากการกลัว ผลกระทบทางด้านอาชีพ กลัวตกงาน กลัวสังคมรับไม่ได้ บางคนขาดเพื่อน

ที่จะรับฟัง และระบายนปัญหาหรือทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2554) จากการศึกษาของ สนิทธี อนันทวัฒน์ (2551) พบว่า การรับรู้ตราบาป มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญที่ ระดับ $p < .01$ กล่าวคือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการรับรู้ตราบาปสูง จะมีแนวโน้มของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ในทางกลับกันผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการรับรู้ตราบาปต่ำ จะมีแนวโน้มของความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูง (สนิทธี อนันทวัฒน์, 2551)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้เกิดปัญหา ด้านการปรับตัวต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวของผู้ป่วย จะมีความเครียด อันเนื่องมาจากความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยที่ไม่มีความแน่นอน มีความวิตกกังวลต่ออนาคตของผู้ป่วย กลัวที่จะไม่มีใครดูแลผู้ป่วย รวมถึงปัญหาผู้ป่วยไม่ยอมรับประธาณยา การที่ต้องคอยเป็นธุระจัดการทุกอย่างให้กับผู้ป่วย ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวมีความอายต่อคนรอบข้าง การถูกรังเกียจจากสังคมต่อการที่ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง (นฤพร พงษ์คุณากร, 2550) เมื่อมีผู้ป่วยในครอบครัวญาติผู้ดูแลจะมีความเครียดในระดับหนึ่ง การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัวมาก ทำให้ต้องขาดรายได้ ไม่มีเวลาดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว บางครั้งจึงมีบรรยากาศ มืดตึกลงในครอบครัว บางคนรู้สึกอายนคน บางคนรู้สึกกลัว ไม่มั่นใจในการดูแลเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิด ทำให้หลายคนมีอาการซึมเศร้า ร้องไห้ การนอนมีปัญหาทำให้นอนไม่หลับ และเกิดความรู้สึกเครียด เป็นต้น

3. ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษาของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทราเสถียร (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภาคใต้ตอนบน พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต่ำ เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา พี่น้อง มีความผูกพันกันทางสายเลือดย่อมมีความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกสงสาร มองผู้ป่วยในแง่ดี (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทราเสถียร, 2552) ในแต่ละวันผู้ดูแลต้องเผชิญกับ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ หรือบางรายมีอาการกำเริบไม่คงที่ ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ความช่วยเหลือหลาย ๆ ด้าน เช่น การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องการรับประทานยา หรือแม้แต่ต้องคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายคนอื่น ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และรับผิดชอบมากขึ้นตามหน้าที่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเกิดในรูปของความทุกข์ใจ ความเครียด ความวิตกกังวล จึงมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

การศึกษาของ มยุรี กลั้ววงษ์, พงษ์จิต อินทสุวรรณ, วิลาศลักษณ์ ชวีวัลลี, และ นันทิกา ทวิชาชาติ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงจะส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายสูงขึ้นด้วยซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลหลักต้องอุทิศตนในการให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความยุ่งยากภายในครอบครัว ครอบครัวต้องประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์

จากการศึกษาของ อาชวศรี คำหอม (2552) พบว่า หากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีทักษะชีวิตที่ดีจะทำให้การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแลลดลง ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (อาชวศรี คำหอม, 2552)

4. ผลกระทบต่อสังคม จากการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เมื่อจำหน่ายกลับไปในชุมชน บางรายมีอาการกำเริบของโรคไม่สามารถควบคุมตนเองได้เกิดการทำร้ายตนเอง หรือแม้แต่บุคคลในสังคม ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง ทำให้คนในชุมชนรู้สึกกลัวเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งตรงกับผลการศึกษา ของ ปัญญา ทองทัฬห และ กฤตยา แสวงเจริญ (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมรุนแรงจะทำให้ชุมชนรู้สึกกลัวที่จะต้องเผชิญหน้า ซึ่งจะต้องได้รับการช่วยเหลือการจัดการจากญาติและผู้เกี่ยวข้องเพื่อลดพฤติกรรมนั้น (ปัญญา ทองทัฬห และ กฤตยา แสวงเจริญ, 2556)

ดังนั้นผลกระทบของโรคจิตเภทนั้นเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมากทั้งนี้ผลกระทบดังกล่าวล้วนส่งผลทั้งต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผลกระทบต่อครอบครัว ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงผลกระทบต่อสังคม ซึ่งหากมีการตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจะทำให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ

การดำเนินโรคและการรักษา

ลักษณะการดำเนินโรคสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เริ่มแย่ง การเรียนหรือการทำงานเริ่มไม่ดี แยกตัวเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลย

เรื่องสุขอนามัยหรือ การแต่งกายทำให้ผู้ที่เป็โรครจิตเภทมีการแต่งกาย ที่ไม่เหมาะสมหรือมีการแต่งกายที่สกปรก มีการหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือ คนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ที่เป็โรครจิตเภทเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้จะไม่แน่นอน ซึ่งโดยทั่วไปบอกยาก ว่าเริ่มมีความผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยแล้วจะใช้เวลาานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะ ไม่ดีหากระยะนี้มีอาการเป็นอยู่นาน และผู้ที่เป็โรครจิตเภทจะมีอาการแย่งเรื่อย ๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ที่เป็โรครจิตเภทมีอาการกำเริบมากขึ้น โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก การรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรครจิตเภทที่ได้ผลดี คือ การใช้ยา ซึ่งพบว่าแพทย์จะให้ยารับประทานต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน บางรายอาจต้องรับประทานยาต่อไปอีกหลายปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งผู้ที่เป็โรครจิตเภทไม่ควรหยุดรับประทานยาเองโดยเด็ดขาด ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ที่เป็โรครจิตเภทอาจจะต้องคอยดูแลเรื่องการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ยาก็ยังไม่สามารถรักษาผู้ที่เป็โรครจิตเภทให้หายขาดได้หรือไม่สามารถรับประกันได้ว่าอาการของโรครจิตเภทจะกำเริบกลับมาเป็นใหม่อีก จากการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ที่เป็โรครจิตเภทไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้มีอาการกลับ เป็นซ้ำของโรคและการกำเริบของโรคเกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ที่เป็โรครจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2553)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) มีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบว่าผู้ที่เป็โรครจิตเภทจะมีอารมณ์ที่ราบเรียบ พูดน้อย แยกตัวเอง (flat affect) อาการประสาทหลอนหรือหลงผิดยังมีอยู่ เช่น มีความเชื่อแปลกๆ ฝังแน่น มีพฤติกรรมแปลกๆ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ที่เป็โรครจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในระยะอาการหลงเหลือ อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าบางรายจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่ กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบ ที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง นอกจากนี้ ยังมีผู้ที่เป็โรครจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่ง ที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็นแค่ 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) ซึ่งพบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการ หลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ซึ่งการที่มีอาการกำเริบ ยิ่งเป็นบ่อยครั้ง ก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง แต่อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

ดังนั้น สรุปได้ว่า การดำเนินโรคจิตเภทนั้น แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มมีอาการ 2) ระยะอาการกำเริบ และ 3) ระยะอาการหลงเหลือ ซึ่งในแต่ละระยะของการดำเนินโรค การดูแลและการรักษาจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะใดของการดำเนินโรค

การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การรักษาโรคจิตเภท ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยามีความสำคัญในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในทุกขั้นตอนของการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะเฉียบพลัน (acute) ซึ่งวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยาเพื่อเป็นการควบคุมอาการให้สงบโดยฤทธิ์ของยาจะทำให้อาการหรือพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นเป็นการป้องกันอันตรายต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้อื่น ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาจต้องใช้เวลาอันเป็นสัปดาห์ การให้ยาในระยะยาวเป็นการให้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

1. ระยะควบคุมอาการ (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็วขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือคลอโปรมาซีน (chlopromazine) 300-500 mg ต่อวันหรือฮาโลเพริดอล (haloperidol) 6-10 mg ต่อวัน ในกรณีผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงแพทย์อาจให้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ขนาดสูงร่วมไปด้วย หลังจากการรักษาด้วยยาได้นาน 2 สัปดาห์ แล้วอาการทางจิตยังไม่ดีขึ้นแพทย์จึงจะพิจารณาเพิ่มขนาดของยาให้มีขนาดสูงขึ้นต่อไป (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากอาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไปยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน ซึ่งการลดขนาดยาลงอย่างรวดเร็วเกินไปหรือการหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการของผู้ป่วยกำเริบได้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

3. ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภททุเลาลงแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาจะมีขนาด ที่ต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก ในกรณีที่ผู้ป่วย ไม่ยอมรับประทานยาแพทย์ผู้รักษา อาจพิจารณาใช้ยาชนิดประเภทที่ออกฤทธิ์ในระยะยาว (long acting) ร่วมด้วย (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

ในปัจจุบันมียาต้านโรคจิตที่นิยมใช้กันอยู่หลายชนิดสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 2 กลุ่มตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมองได้แก่ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (typical antipsychotic drugs) และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (novel or conventional or atypical antipsychotic drugs) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม หลักการใช้ยากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือรักษาอาการเฉียบพลันและ การให้ยาในระยะยาวเพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มประกอบด้วย

1.1 ฟีนโธอะซีน (phenothiazine) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลด สารโดปามีนในสมอง ซึ่งเชื่อว่ามีผลต่ออาการทางจิต ส่งผลทำให้อาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททุเลาหรือหายได้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการ อารมณ์ จิตใจ พฤติกรรม และความนึกคิดเหมือนคนปกติมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ง่ายและหลับสนิทขึ้น ซึ่งยาที่ใช้ในกลุ่มนี้มีชื่อทางการค้าได้แก่ ลาร์แกกติล (largactil) เมลลาริล (mellaril) อะนาเทนซอล (anatenzol) สตีลาซีน (stelazine) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.2 บิวทีโรฟีโนน (butyrophenone) เป็นยาที่ใช้ระงับอาการทางจิตและออกฤทธิ์สูงจึงทำให้ไม่เกิดอาการง่วงนอนแต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาได้ง่าย (extrapyramidal effects) นิยมใช้มากในปัจจุบัน เพราะออกฤทธิ์การรักษาได้เร็วกว่าลาร์แกกติล (largactil) เหมาะสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการในระยะเฉียบพลัน ยากลุ่มนี้ที่สำคัญมีชื่อทางการค้าคือฮาโดล (haldol) ฮาโรดอล (haridol) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.3 ไทโธแซนทีน (thioxanthenes) เป็นยาที่ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับฟีนโธอะซีน (phenothiazine) แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ยาใน 2 กลุ่มนี้บางตัวจะออกฤทธิ์ต่อระบบใดระบบหนึ่งได้ดีกว่ากัน โดยทั่วไปจะใช้ร่วมกันเพื่อทำให้ออกฤทธิ์ได้ดีต่อผู้ป่วย ยาในกลุ่มนี้ชื่อทางการค้าได้แก่ นาเวน (navane) ฟลูแอนซอล (fluaxol) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.4 ไดไฮโดรอินโดลิน (dihydroindoline) ยากลุ่มนี้ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่พบว่า การออกฤทธิ์ไม่ค่อยสม่ำเสมอเมื่อเทียบกับยากลุ่มอื่น ปัจจุบันในประเทศไทยไม่ได้ใช้ยากลุ่มนี้แล้ว (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.5 ไดเบนโซซาเซพีน (dibenzoxazepines) ยาในกลุ่มนี้ปัจจุบันไม่มีใช้แล้ว (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2. ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีอยู่ 4 ชนิดได้แก่ โคลซาปีน (clozapine) หรือชื่อทางการค้าว่าโคลซาลิว (clozaril) ริสเพอร์ริดอล (risperidone) ซึ่งชื่อทางการค้าคือ ริสเพอร์ริดอล

(risperidal) ยาโอแลนซาปีน (olanzapine) ชื่อทางการค้าคือไซพีซา (zyprexa) และยาควิเทียปีน (quetiapine) ชื่อทางการค้าคือซีโรควีล (seroquel) (มาโนซ หล่อตระกูล และ ปราโมทซ์ สุกนิชย์, 2548)

ยาต้านโรคจิตหลายชนิดก่อให้เกิดอาการผิดปกติบางอย่าง (มาโนซ หล่อตระกูล และ ปราโมทซ์ สุกนิชย์, 2548) ดังต่อไปนี้

1. ฤทธิ์ต้านโคลีนี (anticholinergic effects) ประกอบด้วยอาการเหล่านี้ปากแห้ง คอแห้งตาพร่า ท้องผูก ท้องอืด ปัสสาวะลำบาก บางรายอาจมี ปัสสาวะคั่ง รุ่มาตาขยายและต้อหิน ผู้ป่วยที่ได้รับยาโคลซาปีน (clozapine) มักมีน้ำลายไหลยืดและกลืนปัสสาวะไม่ได้

2. ฤทธิ์เอกซ์ตราไพรามิคัล (extrapyramidal effects) ประกอบด้วยอาการเหล่านี้

2.1 ดิสโทเนีย (dystonia) มักเกิดระหว่าง 1 ชั่วโมงถึง 5 วันหลังเริ่มการรักษาด้วย ยาต้านโรคจิตอาการที่พบคือศีรษะ และคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่นตาค้าง และเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาดำ บางรายลิ้น โต้ขึ้นคับปากและสั่น มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ อาจพบว่าลำตัวหรือ คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง ขากรรไกรแข็ง พูดไม่ชัด

2.2 อะคาทีเซีย (akathisia) แสดงอาการภายใน 5 ถึง 40 วันหลังเริ่มใช้ยากลุ่มนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกตื่นเต้น กระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาสั่น งุนงง

2.3 อาการเหมือนพาร์กินสัน (parkinson like syndrome) ประกอบด้วยมือสั่นขณะ พักกล้ามเนื้อเกร็งท่าเดินแบบชอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า สีหน้าไร้อารมณ์น้ำลายไหล

2.4 อะไคเนเซีย (akinesia) แสดงอาการออกมาในรูปแบบ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ท่าทางแข็งทื่อ ในรายที่เป็นรุนแรงจะเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ และข้อต่อมีอาการอ่อนเพลียและเขื่องซึมเฉย

นอกจากนี้การศึกษาของ สาธุพร พุฒขาว (2541) พบว่าผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ที่รับรู้ และมีประสบการณ์ตรงจากผลการรักษาของยาที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง ในการควบคุมอาการของโรค ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้และมีความรู้สึกที่ดีขึ้นกับตนเองเมื่อรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการ ใช้จ่ายและความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาพบว่าทัศนคติต่อการ ใช้จ่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา (สาธุพร พุฒขาว, 2541) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้เป็นโรคจิตเภทแต่ละคนมีประสบการณ์ต่อการรักษา ด้วยยาด้วยตนเองจึงทำให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเกิดทัศนคติต่อการ ใช้จ่ายและทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาที่แตกต่างกันไป

การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในปัจจุบัน เป็นการกระตุ้นให้เกิดภาวะชัก ด้วยกระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัดผ่านเข้าสู่สมองระยะเวลาจำกัด มีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการทำงานในสมอง ที่จะมีผลต่อการปรับอารมณ์ ความคิดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่งผลให้อาการทางจิตทุเลาลงได้ ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นได้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา (มาโนซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) แต่จะถูกพิจารณาให้ใช้ในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตทางอารมณ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า หรือกลุ่มอาการไม่เคลื่อนไหว (catatonic type) หรือในรายที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือการออกฤทธิ์ของยาก่อนข้างช้า จึงจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าควบคู่กันไป สำหรับอาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า เกิดเนื่องจากการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดอาการชัก แล้วมีอาการเกร็ง หลังจากนั้นจะมีอาการกระตุก แล้วผู้ป่วยจะนอนหลับไปโดยไม่รู้สึกตัว จนกระทั่งฟื้นขึ้นมา ในช่วงที่ผู้ป่วยเกิดอาการเกร็งจะทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ในระยะกระตุกอาจเกิดอุบัติเหตุจากการกระแทก การบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน งุนงง หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ และสูญเสียความจำไปชั่วคราว (สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2553)

การศึกษาของ นภาพร นวลสุทธิ, โสภา มุสิโก, และ นงนภัส สารพงศ์(2553) ในเรื่องความปวดของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าและการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า ความปวดของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า พบในเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท มีอาการไม่เป็นมิตร ก้าวร้าว หวาดระแวง ทำร้ายผู้อื่น และมีความรู้สึกกังวล และไม่ต้องการรักษาด้วยไฟฟ้า ตำแหน่งความปวดอยู่ส่วนหลังบริเวณเอว ลักษณะความปวดเฉพาะที่ อาการปวดเกิดขึ้นหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า (onset) ครั้งที่ 2-3 การตรวจร่างกายที่สำคัญ ไม่พบความผิดปกติ การรายงานความรุนแรงของความปวดด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และการสังเกตความปวดทางสีหน้าได้ในระดับปานกลาง รวมถึงมีอาการแสดง ความปวดด้วยการแสดงสีหน้าปวด เมื่อมีการเคลื่อนไหว (นภาพร นวลสุทธิ และคณะ, 2553)

ดังนั้นการรักษาด้วยไฟฟ้ามักทำการรักษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงและรับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล และเป็นทางเลือกสุดท้ายของการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial intervention)

การรักษาทางด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การรักษาทางจิตสังคม เป็นการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่สอดคล้องกับความเจ็บป่วยซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการประคับประคองทางจิตใจ มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น รวมทั้งยังส่งผลต่ออาการทางลบ การกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การรักษาจิตสังคมที่สำคัญ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายโดยต้องการให้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นๆ ที่พอทำได้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

2. การให้การปรึกษารอบครัว (family counseling) จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตนเองทั้งสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

3. กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่าพวกเขา ยังมีเพื่อน หรือยังมีคนที่เข้าใจ พวกเขาไม่โดดเดี่ยว รวมถึงมีการให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และการให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน รวมถึงการฝึกทักษะทางสังคมที่เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

4. นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษาประกอบการจัดกิจกรรมต่างๆ ในหอผู้ป่วยระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในบางส่วน ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอจะสามารถทำได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

5. การบำบัดครอบครัว (family intervention) การบำบัดครอบครัวส่งผลที่ดีต่อการลดการกลับเป็นซ้ำได้และลดการเกิดปัญหาที่ซับซ้อนในครอบครัวโดยการบำบัดสามารถทำได้ในทุกช่วงของการเจ็บป่วยและต้องมีการทำร่วมกับการบำบัดด้านอื่นๆ ด้วยซึ่งเนื้อหาจะเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาการสื่อสารในครอบครัว เป็นต้น

6. การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational program) การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและ

มีความรู้ในการรักษาสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยซึ่งการทำกลุ่มจิตศึกษานี้ควรทำทั้งในผู้ป่วยและญาติร่วมกัน การศึกษาของ ทิพสมย์ ทายะรังสี, จีระพรรณ สุริยงค์, และ พิมพาภรณ์ แก้วมา (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยของตน สถานการณ์ที่ทำให้เจ็บป่วยซ้ำสามารถนำความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมาผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของตนเองสามารถปรับเปลี่ยนและประยุกต์ในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองได้ (ทิพสมย์ ทายะรังสี และคณะ, 2554)

7. การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) ช่วยทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ลดการกลับเป็นซ้ำได้ด้วย นอกจากนี้การบำบัดแบบนี้ในระยะเฉียบพลันยังช่วยกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพและสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น การศึกษาของ พิมพัชชา ศิริเหมอนนต์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, และ อติตยา พรชัยเกตุ โอว ของ (2555) ศึกษาการบำบัดการรู้คิด ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าการบำบัดการรู้คิด พฤติกรรมสามารถนำไปใช้ร่วมกับยาในการรักษาอาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อลดอาการทางบวกทั้งในระยะเกิดโรคครั้งแรกและเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบว่า การบำบัดรายบุคคลเหมาะกับผู้ป่วยที่เกิดโรคครั้งแรก (พิมพัชชา ศิริเหมอนนต์ และคณะ, 2555)

8. การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training: SST) ช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องออกไปอาศัยอยู่ในชุมชน นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีทักษะในการบริหารจัดการอาการทางจิต ของตนเอง และการรักษาด้วยยาได้ เมื่อต้องกลับเข้าไปอาศัยอยู่ในชุมชน

9. การฟื้นฟูอาชีพ (vocational rehabilitation) เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความต้องการที่จะทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงชีพ แต่ก็ไม่สามารถทำงานได้หรือไม่มีงานที่เหมาะสม ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องกลับเข้ามาอยู่โรงพยาบาลซ้ำอีก การฟื้นฟูอาชีพจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีส่วนร่วมในการอยู่ในสังคมด้วยการทำงาน โดยพัฒนาทักษะการทำงานที่เหมาะสมและมีคุณค่าแก่ตนเอง

ดังนั้นการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ การรักษาด้วยยา ทั้งยาในรูปแบบดั้งเดิม (typical) และยาในกลุ่มใหม่ (Atypical) การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การทำจิตบำบัด การให้คำปรึกษารอบครัว การทำกลุ่มบำบัด รวมถึงนิเวศน์บำบัด นอกจากนี้ยังมีการนำการบำบัดครอบครัว การทำสุขภาพจิตศึกษา การบำบัดทางปัญญาและ

พฤติกรรม การฝึกทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูอาชีพ มาใช้ในการในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
ร่วมด้วย

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ความหมาย

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการ
กำเริบของโรคจิตเภทจนต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง (ราตรี เจริญวรรณ, 2553)

ไบเมอร์ว (Bimerew, 2007) กล่าวว่า การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรค
จิตเภทมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี แสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพที่แย่ลงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
(Bimerew, 2007)

ดังนั้น การกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมี
อาการกำเริบของโรคจิตเภทจนต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาวะ
สุขภาพที่แย่ลงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
พบว่า มีหลายสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ประกอบด้วย

1. สถานการณ์ด้านผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งพบเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่พบได้มากที่สุด
การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และ
การรักษาด้วยยา (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยาณิช, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ของ ราตรี เจริญวรรณ (2553) ได้วิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยโรคจิตเภทใน
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำใน
โรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่มีความรู้เรื่องยาจิตเวช ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ไม่ดี
เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา ไม่มีความรู้ในการรับประทานยา ทำให้มีการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
(ราตรี เจริญวรรณ, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็น
สาเหตุที่ทำให้มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (เมธิสา พงษ์ศักดิ์ศรี, ขวัญฤทัย ธนารักษ์,
อังคณา สามัตติยะ, และ อรุมา ภูโสภา, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ โคบายาชิ และคณะ
(Kobayashi et al., 2010) ที่ศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิต

เภทที่มีการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมากในแต่ละวันจะทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคจนต้องกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่ในปริมาณที่น้อย (Kobayashi et al., 2010) การศึกษาของ ไบเมอร์ว (Bimerew, 2007) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติด มี ปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเช่นกัน (Bimerew, 2007) นอกจากนี้ รักษาดากิจอรุณชัย (2554) ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3-4 เรื่อง ก่อนการจำหน่าย มีระยะเวลาการกลับมารักษาซ้ำที่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ (รักษาดากิจอรุณชัย, 2554)

2. สถานการณ์ด้านครอบครัว พบว่า ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ จากการศึกษานี้ปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา (2547) พบว่า ครอบครัวที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคมได้ตามปกติ และการได้รับยาอย่างสม่ำเสมอไม่หยุดยาเอง มาพบแพทย์ตามนัด จะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำได้ (สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และ สุริย์ บุญเฉย, 2547) นอกจากนี้ ชาญชัย ธรรมงาม (2553) ได้วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเลยราชนครินทร์ พบว่า หากผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวัน การรับยา และการรักษาต่อเนื่อง จะทำให้ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ (ชาญชัย นามธรรม, 2553) การศึกษาของ ทูลภา นุพผาสังข์ (2545) ศึกษา ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า หากผู้ดูแลมีความบกพร่องด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการกำเริบของโรคและมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในอัตราที่สูง (ทูลภา นุพผาสังข์, 2545)

3. สถานการณ์ด้านสังคมและชุมชน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักอยู่ในชุมชนได้ไม่นาน และเกิดอาการกำเริบทำให้มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อีก จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา (สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และ สุริย์ บุญเฉย, 2547) การศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม จะไม่สามารถที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีต่อคนในสังคม จะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบของโรคและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในที่สุด (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546)

4. สถานการณ์ด้านทีมสุขภาพ ซึ่งบทบาทของทีมสุขภาพจะต้องเป็นผู้ที่ให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เรื่องการรักษาโรคจิตเภท รวมถึงความรู้ด้านการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งหากสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพจะส่งผลที่

ดีต่อการรักษาผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (สาธูพร พุฒขาว, 2541) จากการศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, นิธุมล เผือกคง, และ สมจิต หนูเจริญกุล (2555) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผลลัพธ์ด้านการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยไม่มีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในทีม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ, 2555) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท มี 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่

- 1) สถานการณ์ด้านผู้ป่วย
- 2) สถานการณ์ด้านครอบครัว
- 3) สถานการณ์ด้านสังคมและชุมชน และ
- 4) สถานการณ์ด้านทีมสุขภาพ

ซึ่งปัญหาการกลับมารักษาซ้ำที่สำคัญเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและจะต้องได้รับการพิจารณาหาแนวทางในการป้องกัน สถานการณ์ที่สำคัญเป็นสถานการณ์ด้านผู้ป่วยและด้านครอบครัว ซึ่งหากผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษาโรคจิตเภท ซึ่งที่สำคัญคือ การรักษาด้วยยา การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการรักษาด้วยยา หากผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องการรักษาด้วยยา มีความรู้เกี่ยวกับผลอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะสามารรถป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือ (Adherence) ซึ่งเดิมใช้คำว่า compliance หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เลือกปฏิบัติให้มีความเหมาะสมและความสอดคล้องกับแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องหลายเดือน ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการให้การรักษาผู้ป่วย พบว่าความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษา มีผลต่อความสำเร็จต่อการรักษาของแพทย์ (มาโนช หล่อตระกูล, 2550)

บอนด์ และ ฮัสซาร์ (Bond & Hussar, 1991) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา หมายถึง เป็นพฤติกรรมทางบวกของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในการรับประทานยาที่มีความต่อเนื่องและส่งผลที่ดีต่อสุขภาพร่างกาย

ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จึงหมายถึง การพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์โดยเกิดจากแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยคำนึงถึงลักษณะที่สำคัญ 5 ลักษณะคือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การไม่หยุดยาเอง การใช้ยา อย่างถูกต้อง การใช้ยาตามเวลา และการใช้ยาถูกขนาด

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการทางจิตไม่ให้เกิดอาการกำเริบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการประเมินเพื่อให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ได้รับการรักษาด้วยยาให้มีความสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ นั่นคือการให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารวมถึงการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาด้าน โรคลิขิตได้ ซึ่งความร่วมมือในการรักษามีหลายวิธีด้วยกัน แต่วิธีการที่เป็นที่นิยมและช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการวางแผนการช่วยเหลือคือ การสัมภาษณ์จากผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ศึกษาจึงเชื่อว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกับผู้ให้การดูแลจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงซึ่งจะส่งผลดีในการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

เกรย์, ไวท์, สคูทซ์, และ แอบเดอร์ฮาลเดน (Gray, White, Schulz, & Abderhalden, 2010) สรุปถึงลักษณะของผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความรุนแรงของโรคหรืออันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

2. จะต้องมีการปฏิบัติตามข้อกำหนดทำให้เกิดความเข้าใจและยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งข้อกำหนดนี้ผู้ให้บริการจะต้องกำหนดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตามได้

3. ต้องเกิดความพึงพอใจต่อผู้ใช้บริการ ซึ่งโดยทั่วไปถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการเป็นไปด้วยดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตนั้น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ 1) ความผิดปกติและอาการแสดงของโรค ความเชื่อทัศนคติต่อการเจ็บป่วย และความรู้เรื่องโรคและการรักษารวมถึงอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ผู้ป่วยบางรายอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่สะดวกในการมารับบริการการที่ต้องใช้เวลาในการต้องรอนานในการมาพบแพทย์ แต่ละครั้งทำให้ต้องขาดงานเป็นวัน บางคนไม่สามารถที่จะทำงานบ่อยได้ หรือบางคนเป็นผู้สูงอายุไม่มีคนพามา (กนิษฐิตา ธรรมดา, 2553) 2) ผู้ป่วยบางคนคิดว่าไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค และกระบวนการรักษาที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายดีแล้วไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยา หรือบางคนคิดว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยอะไรที่สำคัญ คือผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีการทานยาอย่างต่อเนื่อง (ทัศนีย์ เชื้อมทอง, 2552) 3) ผู้ป่วยไม่ต้องการกินยา ไม่ต้องการรักษาด้วยยา และกลัวต่อการเกิดผลข้างเคียงของยา (Razali, 2009) 4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2554) 5) เพศ มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเพศชายจะมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ กว่าผู้ป่วยเพศหญิง ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยเพศชายจะมีการดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้ป่วยเพศหญิงส่งผลให้ผู้ป่วยเพศชายปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์เกี่ยวกับการใช้น้อยกว่าผู้ป่วยเพศหญิง (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต, 2550)

2. ปัจจัยด้านครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญกับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วย

1) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล และด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา จะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลงและจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) และ การมีครอบครัวดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต, 2550) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการแสวงหาความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษาด้วยยาเข้าใจ เหตุผลของการรักษาด้วยยา จะทำให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถดูแลให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ (กนิษชิตา ธรรมดา, 2553)

2) การแสดงทางอารมณ์ที่รุนแรงกับผู้ป่วย

ได้มีการศึกษาถึงครอบครัวผู้ป่วยและความร่วมมือการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง โดยได้ศึกษาในผู้ป่วยและญาติ 15 ครอบครัว 79 คู่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่า ญาติที่มีการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทปฏิเสธที่จะรับประทานยาเนื่อง (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต, 2550)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า บุคคลในครอบครัวมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง

3. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและชุมชน

จากการศึกษาของ วิลาวรรณ เทพโสธร (2538) พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการทางจิต จะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่นการทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง ทูบทำลายข้าวของ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลุ่มนี้ จะไม่ได้รับการดูแลจากสังคม และขาดการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประกอบด้วยฐานะทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพ การอยู่ร่วมกัน และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การมีผู้ดูแล ด้านการใช้ยาเมื่ออยู่ในชุมชน หรือครอบครัว รวมทั้งทัศนคติของคนในสังคม ชุมชน ในการ

ยอมรับซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การที่จะทำให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ จากคนในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2554)

4. ปัจจัยด้านทรมสุขภาพ

เนื่องจากการไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องการรักษาด้วยยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกับ ทรมสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนมากที่แพทย์ไม่ทราบว่า ความจริงแล้วผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้กินยาหรือปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง ทั้งๆ ที่ยังคงมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งแพทย์ไม่ได้ตระหนักหรือสอบถามเรื่องนี้ หรือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายปิดบัง ไม่ได้บอกแพทย์ตามจริง เพราะเกรงจะถูกตำหนิ เกรงว่าแพทย์จะไม่รักษาต่อ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) จากการศึกษาของ กนิษฐิศา ธรรมดา (2553) พบว่า การที่บุคลากรทางสุขภาพให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา รวมถึงการได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการดูแลผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้านด้วย (กนิษฐิศา ธรรมดา, 2553)

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว ระบบสนับสนุนในชุมชนและกลุ่มวิชาชีพต่างๆจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วยและการอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2554)

5. ปัจจัยด้านแผนการรักษา

ประกอบด้วย วิธีการ ได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ความยุ่งยาก ซ้ำซ้อนในการปฏิบัติตามแผนการรักษาในการรับประทานยา เช่น มียาหลายชนิด และจำนวนมาก ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารู้สึกทุกข์ทรมานจากการใช้ยา ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงได้ จึงไม่ร่วมมือในการใช้ยา การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประกอบด้วย

5.1 การยอมรับในการรักษา พบว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีผลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความเชื่อถือต่อผู้ให้การรักษา มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาเช่นกัน ซึ่งพบว่า ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีระดับความเชื่อถือต่อแพทย์ผู้รักษาในระดับสูงจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้เป็นอย่างดี (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต, 2550)

5.2 รูปแบบการให้บริการ ซึ่งจากทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีดังต่อไปนี้

5.2.1 การให้คำแนะนำของทีมผู้ให้การรักษาที่มีความเป็นรูปธรรมและทักษะการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย

5.2.2 การให้การดูแลแบบองค์รวม ในการศึกษาวัฒนธรรมของชาวแอฟริกัน-อเมริกันในเรื่องของการดูแลทางด้านจิตเวช พบว่าผู้ที่มีความเข้าใจและให้การรักษาแบบองค์รวม ครอบคลุมการดูแลทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณและด้านสังคม โดยมีการประเมินเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณร่วมด้วยในการให้การรักษา ทำให้ผู้รักษาสามารถตัดสินใจในวิธีการรักษาและ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Gray et al., 2010)

5.2.3 การใช้วิธีที่การปรับขนาดของยา ให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือ ในการรับประทานยาสามารถทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ได้ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ติดตามความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่ามีส่วนสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งจากการศึกษาการติดตามการใช้ยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการใช้ขวดยา ที่สามารถบันทึกจำนวนครั้งและวันเวลาในการเปิดขวดได้ ทำให้ช่วยในการติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาถึงร้อยละ 63 และอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง (มนัสพงษ์ชัยเดชา, อุไรวรรณ ตระการกิจวิจิต, และ กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, 2549)

6. ปัจจัยด้านยาที่รักษา

วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ความยุ่งยาก ซับซ้อนในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในการรับประทานยา เช่น มียาหลายชนิด และจำนวนมาก ผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รู้สึกทุกข์ทรมานจากการใช้ยา ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงได้ จึงไม่ร่วมมือในการใช้ยา (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2554) จำนวนของยาในการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่ายาที่ให้ผลในการรักษาที่รวดเร็ว จะไม่ก่อให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา เมื่อเทียบกับยาที่ให้ผลการรักษาที่ช้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มดั้งเดิมทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่อระบบต่าง ๆ ได้มากกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น ความผิดปกติชนิดเอ็กซ์ทราพิรามิดัล เป็นต้น (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และ นารัต เกษตรทัต, 2550)

ดังนั้น ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านผู้ป่วย เช่น อายุ สถานภาพ รายได้ การศึกษา การรับรู้และระยะเวลาในการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านครอบครัวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลและการแสดงทางอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วย ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและชุมชน ปัจจัยด้านแผนการรักษา รวมถึงปัจจัยด้านยา ที่รักษาล้วนแต่ส่งผลต่อ

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ลดอาการกำเริบจากการขาดยา ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลนอกจากนี้ยังสามารถช่วยในการพยากรณ์โรคในระยะยาวของผู้ป่วยได้อีกด้วย

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ

1. การประเมินโดยตรง (direct method) เป็นการวัดโดยอาศัยหลักทางชีววิทยาในช่วงเวลาที่กำหนด

1.1 การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะหรือสารที่เกิดจากการเมตาโบไลต์ (Metabolite) ของยา วิธีการประเมิน โดยตรงที่ใช้ในยาต้านโรคจิต ได้แก่ คลอโพรมาซีน (Chlpropromazine) อิมิพรามิน (Imipramine) เป็นต้น วิธีนี้แม้จะสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยา แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ได้ว่าครบตามแผนการรักษาหรือไม่ รวมถึงไม่สามารถบอกได้ในผู้ป่วยที่มีการดูดซึมของยาไม่ดี รวมถึงทำให้เกิดความสับสนเปลือง จากการใช้อุปกรณ์และวิธีการยุ่งยากและต้องวิเคราะห์ เป็นระยะภายหลังจากรับประทานยา วิธีการนี้จึงไม่อาจนำมาใช้ในบางกรณี

1.2 การสังเกตพฤติกรรม การปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง (observation) โดยใช้วิธีการติดตามและการเยี่ยมบ้าน การสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือว่าเป็นอย่างไร สามารถที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของการรักษาหรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกต่อการปฏิบัตินั้นเป็นข้อบ่งชี้ของความร่วมมือในการรักษา

2. การประเมินทางอ้อม (indirect method) อาศัยเครื่องมือในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น ประกอบด้วย

2.1 การประเมินโดยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุดอาจจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ข้อดีของการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์คือได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่าส่วนข้อจำกัดของวิธีนี้คือ มักพบว่าผู้ป่วยจะให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความแม่นยำของคำถาม ใช้คำถามที่มีความชัดเจนและในระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ควรแสดงว่าผู้ป่วยมีความผิดเมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่รับประทานยา (มนัส พงษ์ชัยเดชา และคณะ, 2549)

2.2 การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อยและทำได้ง่ายสามารถบอกได้ถึงจำนวนเม็ดยาที่ใช้ไปทั้งหมด วิธีนี้มีข้อจำกัดถ้าผู้ป่วยทำเม็ดยาหายหรือแอบเอายาทิ้ง โดยที่ไม่รับประทานยาหรือให้ผู้อื่นใช้ยาร่วมด้วย (มนัส พงษ์ชัยเดชา และคณะ, 2549)

2.3 การพิจารณาความสม่ำเสมอของการมารับยาตามนัดโดยถือว่าผู้ที่มารับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอย่างดี ประเมินผลของการรักษาว่า ได้ผลดีหรือไม่เพียงใดรวมทั้งพิจารณาว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ (มนัส พงษ์ชัยเดชา และคณะ, 2549)

2.4 การลงความเห็นของผู้รักษาจากการตรวจอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (clinical outcome) โดยการลงความเห็นของผู้รักษาที่วิธีที่หลากหลายในการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่

2.4.1 เชื้อขนาดและเวลาถูกต้องตามแผนการรักษา

2.4.2 นับเม็ดยา คูปฏิทินการบันทึกการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

2.4.3 การสัมภาษณ์ การตรวจปัสสาวะ และการตรวจปัสสาวะร่วมกับการนับเม็ดยา

2.4.4 การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง (สาธุพร พุฒขาว, 2541)

2.4.5 การตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในเรื่องความต่อเนื่องของการใช้ยา การไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ตามเวลา ถูกขนาด (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545)

จากการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งประเมินได้จากการวัดระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาตามขนาดและเวลา รวมไปถึงความถูกต้องและความต่อเนื่องตามแผนการรักษา การสนับสนุนผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทีมสุขภาพจากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นการให้ความรู้ ความเข้าใจ การติดตามและการส่งเสริมให้การมาตรวจตามนัดและการรับประทานยาเกิดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การประเมินความร่วมมือในการรักษามีอยู่หลากหลายวิธี แต่วิธีการที่เป็นที่นิยมและช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือ คือการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมที่สุด (มนัส พงษ์ชัยเดชา และคณะ, 2549)

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประกอบด้วย 1) การศึกษาของ ทัดทรวง ดานะเศรษฐ (2548) ศึกษาทัศนคติต่อการใช้ยาของผู้ป่วย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ ภาษา ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรม รวมทั้งพฤติกรรมทางสุขภาพที่มีความเฉพาะแตกต่างไปจากคนพื้นที่ราบ ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรค (ทัดทรวง ดานะเศรษฐ, 2548) 2) การศึกษาของ ฉัญฐพัชร สุนทโรวิทย์ และคณะ (2555) ศึกษาเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่าหลังการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (ฉัญฐพัชร สุนทโรวิทย์ และคณะ, 2555) 3) การศึกษาของ พรทิพย์ วชิรดิถ และ วาสนา แห่ห่งคงธรรม (2550) ศึกษาเรื่องการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้น (พรทิพย์ วชิรดิถ และ วาสนา แห่ห่งคงธรรม, 2550) 4) การศึกษาของ สุกฤติยา กุลศรี และ เพ็ญญา แดงข้อมยุทธ์ (2552) ศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ (สุกฤติยา กุลศรี และ เพ็ญญา แดงข้อมยุทธ์, 2552) 5) การศึกษาของ วารุณี ทับแสง (2554) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว พบว่า ในครอบครัวที่ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ครอบคลุม โดยเฉพาะด้านการบริหารยาจะส่งผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (วารุณี ทับแสง, 2554) 6) การศึกษาของ มอนเต้, โมริโน, ดีเอซ, และ เซรุซ (Montes, Maurino, Diez, & Saiz-Ruiz, 2011) ศึกษาเรื่องการให้โทรศัพท์ในการติดตามการรับยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ประสบความสำเร็จสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาที่มีอาการคงที่รับประทานยาได้รวมถึงเป็นการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับยาด้าน โรคจิตเภทในผู้ป่วยได้ (Montes et al., 2011) 7) การพัฒนากล่องเตือนการรับประทานยาสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลทับคล้อ จังหวัดพิจิตร ของ นาดยา แยมทอง (2553) ที่พบว่าหลังจากมีการใช้กล่องเตือนการรับประทานยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้น (นาดยา แยมทอง, 2553)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นสามารถมีวิธีการส่งเสริมความร่วมมือได้หลากหลายวิธี ประกอบด้วย การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา การให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาเพื่อให้อุป่วยเกิดความรุ้ความเข้าใจและ

เกิดความตระหนักในการรับประทุษร้ายได้ รวมถึงการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการ
สร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด และการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว รวมถึง
การติดตามการรับประทุษร้ายทางโทรศัพท์ และการพัฒนากล่องเตือนการรับประทุษร้ายสำหรับผู้
เป็นโรคจิตเภท ซึ่งล้วนแต่ส่งผลถึง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ที่เป็น โรคจิตเภททั้งสิ้น

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความหมาย

สถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998)
ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกว่า เป็นข้อกำหนดที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากความ
เชี่ยวชาญทางคลินิกเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม

กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติแห่งประเทศนิวซีแลนด์ (New Zealand Guideline Group and
Ministry of Health [NZGG], 2002) ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกว่า เป็นคู่มือที่สร้าง
ขึ้นมาจากประสบการณ์การทำงานของผู้ปฏิบัติที่เชี่ยวชาญที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์
อย่างเป็นระบบและมีความชัดเจนได้ตกลงกันแล้วว่าดีและมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ผ่านการ
วิเคราะห์ประโยชน์ ความเสี่ยง มีความคุ้มค่าคุ้มทุน

ฉวีวรรณ ชงชัย (2548) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก ว่าเป็นข้อความที่
พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ที่ช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ใช้บริการเกี่ยวกับ
สุขภาพนำมาปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ผ่านการบูรณาการตัดสินใจโดยผู้เชี่ยวชาญ

สรุปว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นข้อกำหนดที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์
อย่างเป็นระบบจากผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์
ลดความเสี่ยงและมีความคุ้มค่าคุ้มทุน

แนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

เกณฑ์การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) โดยสถาบันด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ
ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ งานวิจัยมีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับที่ 2 เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับที่ 3 แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ

a. เป็นหลักฐานที่ได้จากการออกแบบงานวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

b. เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าหรือการศึกษาย้อนหลัง

c. เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวโดยไม่มีการทดลอง

ระดับที่ 4 เป็นหลักฐานที่ได้จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางคลินิก การศึกษาเชิงพรรณนา หรือรายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การประเมินคุณค่าของข้อเสนอแนะ (Criteriafrading recommendations) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2008) ซึ่งได้เสนอคุณค่าของแนวปฏิบัติไว้ 5 ระดับคือ

ระดับ A ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที เป็นที่ยอมรับได้ทางจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับมากและประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ดีเลิศ

ระดับ B ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและจัดอุปกรณ์ฝึกทักษะผู้ปฏิบัติเพิ่มเติมเล็กน้อย การยอมรับทางจริยธรรมไม่ค่อยชัดเจน มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับปานกลาง และประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนพอควรในการประยุกต์ใช้

ระดับ C ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและจัดเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติมปานกลาง การยอมรับทางจริยธรรมอาจมีข้อโต้แย้งบ้าง มีข้อจำกัดของเหตุผลในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและประสิทธิผลควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบในการนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ D ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วสามารถนำไปปฏิบัติต้องมีการเตรียมบุคลากรและจัดเตรียมอุปกรณ์เพิ่มเติมมาก การยอมรับทางจริยธรรมมีข้อโต้แย้งบ้าง มีเหตุผลสนับสนุนในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเล็กน้อย และประสิทธิผลเป็นที่ประจักษ์ยังมีข้อจำกัด

ระดับ E ข้อเสนอแนะนั้นเมื่อพิจารณาแล้วไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ไม่เป็นที่ยอมรับทางจริยธรรม ไม่มีเหตุผลสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงและไม่ปรากฏประสิทธิผล

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation [The AGREE Collaboration], 2003) ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 6 หมวด ดังนี้

1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์
 - 1.1 แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
 - 1.2 คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก
 - 1.3 ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
2. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
 - 2.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพ
 - 2.2 ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
 - 2.3 มีการระบุกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติอย่างชัดเจน
 - 2.4 แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย
3. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - 3.1 มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
 - 3.2 ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยที่ชัดเจน
 - 3.3 ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน
 - 3.4 มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ
 - 3.5 ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนที่ชัดเจน
 - 3.6 แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินอกองค์กรก่อนนำมาใช้
 - 3.7 ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัย
4. ความชัดเจนและการนำเสนอ
 - 4.1 ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปแบบเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุในหลักฐาน
 - 4.2 ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์
 - 4.3 ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย
 - 4.4 มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น แผนผังหรือการสรุปแนวทางที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติต้องทำ
5. การประยุกต์ใช้

- 5.1 ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้
- 5.2 มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ
- 5.3 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ
6. ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ
 - 6.1 แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยอิสระจากผู้จัดทำ
 - 6.2 มีการบันทึกข้อคิดเห็นที่ขัดแย้งกันภายในทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ การประเมินกำหนดให้ผู้ที่มีความรู้เรื่องแนวปฏิบัติทางคลินิกประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติจำนวน 4 คน หรืออย่างน้อย 2 คน โดยการคิดคะแนนของแต่ละหมวดในแต่ละข้อโดยมีการแบ่งการให้คะแนน 1 – 4 (ไม่เห็นด้วย = 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4) โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$\frac{\text{คะแนนที่ได้ในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด} \times 100}{\text{คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด}}$$

ระดับคะแนนการประเมินโดยรวมของคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก

1. ระดับคะแนนมากกว่า 60 % คุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับดีมาก
2. ระดับคะแนน 30- 60 % คุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง
3. ระดับคะแนนน้อยกว่า 30% คุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับต่ำ ไม่นำมาใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ของ สุตกรัก พิละกันทา (2550)ซึ่งได้มาจากการสืบค้นหลักฐานและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการนำมาใช้โดยทีมสหวิชาชีพและได้แบ่งตามข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (JACHO) โดยอาศัยแนวคิดของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (NHMRC อังโน ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) และต่อมาทีมดูแลสุขภาพของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้นำมาปรับปรุงทดลองใช้ในคลินิกจิตเวชที่ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน แบบผู้ป่วยนอกเพื่อผลลัพธ์ในเรื่องความร่วมมือในการรักษาด้วยของผู้ป่วยจิตเภท อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท ได้ตัดแนวปฏิบัติข้อที่ไม่ได้นำมาใช้คือ

หมวดที่ 2 การประเมินการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการนับเม็ดยาที่รับประทานตามแผนการรักษาเพราะว่าผู้ป่วยอาจลืมนำยามาโรงพยาบาลหรืออาจทำหายได้

หมวดที่ 4 เปลี่ยนการทำครอบครัวบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเป็นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อเกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและได้เพิ่มแนวปฏิบัติจากความคิดเห็นของทีมผู้ดูแลตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ดังนี้

1. เพิ่มฉลากยาผู้สูงอายุเพื่อช่วยเตือนความจำของผู้ป่วยในการรับประทานยาให้ตรงเวลา
2. จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยสำหรับบันทึกการรับประทานยาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยลืมนำ ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำมาใช้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

- 1.1 ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการสอบถามถึงความยินยอมพร้อมใจในการรักษาด้วยยา (level 4A)
- 1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาของตนเองในรายที่มีการรู้คิดดี (level 4B)

2. การประเมินการรักษาด้วยยา ควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- 2.1 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท
 - 2.1.1 ติดตามความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด (level 1A)
 - 2.1.2 ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (level 4A)
 - 2.2 ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale) (level 1A)
 - 2.3 การประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา (level 2A)
 - 2.4 ประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดการรักษาด้วยยา (level 2A)
 - 2.5 ประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาด้วยยา (level 2A)
- ### 3. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

- 3.1 การสร้างกลยุทธ์เพื่อกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 3.1.1 ปรับขนาดยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (level 1A)
 - 3.1.2 กำหนดเวลาในการรับประทานยา (level 2A)
 - 3.1.3 ใช้กล่องบรรจุยาสำหรับยาที่รับประทานในแต่ละวันในรายที่สามารถจัดหาได้/จัดตลาดยาสำหรับผู้สูงอายุในกรณี que ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้หรือจำไม่ได้ (level 1A)
 - 3.1.4 บันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองหรือให้ญาติช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้ที่บกพร่อง (level 1A) โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยสำหรับบันทึกการรับประทานยา
 - 3.1.5 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการรับรู้ที่บกพร่อง (level 4A)
- 3.2 รูปแบบการบริการ
 - 3.2.1 นัดผู้ป่วยมาพบกับจิตแพทย์เป็นระยะเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา (level 1A)
 - 3.2.2 ให้คำแนะนำหลังจากตรวจเสร็จ (level 1A)
 - 3.2.2.1 ให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและวิธีการแก้ไข (level 4A)
 - 3.2.2.2 มารับบริการการตรวจรักษาก่อนถึงวันนัดเมื่อเกิดความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา (level 4A)
 - 3.2.3 เตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือทางจดหมายก่อนถึงวันนัดในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา (level 1A)
 - 3.2.4 ให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ของการมาตรวจในรายที่มีอาการสงบ (level 1A) การกล่าวคำชมเชยให้รางวัลหรือการใช้รูปออสสมแต้ม

4. การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

- 4.1 สำหรับผู้ป่วย
 - 4.1.1 ให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา (level 1A)
 - 4.1.2 ใช้โปรแกรมการสอนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยแบบเป็นกลุ่มระยะสั้น (level 1A)
 - 4.1.3 จัดให้มีการให้การปรึกษาในกรณีดังต่อไปนี้ (level 1A)
 - 4.1.3.1 การจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา (level 2A)

4.1.3.2 การจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (level 2A)

4.1.3.3 อภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษา

ด้วยยา (level 2A)

4.2 สำหรับญาติ

4.2.1 ให้คำแนะนำและความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาด้วยยา (level 1A)

4.2.2 ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น (level 1A)

4.2.3 ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อเกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (level 1A)

4.3 สำหรับบุคลากร

4.3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ (level 4A)

4.3.1.1 ความสำคัญของการรักษาด้วยยา

4.3.1.2 กลยุทธ์การสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.3 ทักษะในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.4 จริยธรรมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5. การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.1 ติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา โดยมีเป้าหมายดังนี้ (level 4A)

5.1.1 ให้แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา

5.1.2 ให้ความจริงใจเกี่ยวกับการรักษา

5.1.3 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.1.4 ส่งเสริมการดูแลตนเองและให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาต่างๆที่พบ

5.2 สร้างเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านในการให้การปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีฉุกเฉินและติดตามผู้ป่วยกรณีขาดยา (level 1A)

6. การติดตามและพัฒนาคุณภาพ

6.1 ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทุก 6 เดือน (level 4A)

6.2 ติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทุก 1 เดือน (level 1A)

6.3 ติดตามผลลัพธ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนี้ (level 1A)

6.3.1 อัตราความร่วมมือในการรักษาด้วยยา level 1A)

6.3.2 อัตราการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (level 1A)

6.3.3 อัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (level 1A)

6.3.4 อัตราการมาตรวจตามนัด (level 1A)

6.3.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (level 1A)

6.4 การพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจะทบทวนเพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างน้อยทุก 3 ปี หรือปรับปรุงแก้ไขเมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมใหม่

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของสุครุภักดิ์ พิละกันทา (2550) ซึ่งได้มาจากการสืบค้นหลักฐานและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาใช้โดยทีมสหวิชาชีพและได้แบ่งตามข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรสุขภาพ (JACHO) โดยอาศัยแนวคิดของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (NHMRC อังใน ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) และต่อมาที่มคอแลสุขภาพของโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราช นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้นำมาปรับปรุงทดลองใช้ในคลินิกจิตเวชที่ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วันแบบผู้ป่วยนอกเพื่อดูผลลัพธ์ในเรื่องความร่วมมือในการรักษาด้วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน การมาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งทีมผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ ได้นำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทและศึกษาถึงประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ ซึ่งได้มีการปรับแนวปฏิบัติ 2 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 2 การประเมินการรักษาด้วยยา ได้เปลี่ยนมาใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสทร (2545) แทนการใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ สาธุพร พุดธิขาว (2541) และหมวดที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้ใช้ซองยาจัดยาแต่ละมือให้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการรับประทานยาไม่ถูกต้องแทนการใช้กล่องยาสำหรับผู้ที่เป็นโรค

จิตเภทที่มีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ซึ่งในการปรับแนวปฏิบัติดังกล่าว ทางทีมผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ประชุมหารือและตกลงร่วมกัน ร่วมกับจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีการปรับแนวปฏิบัติในหมวดดังกล่าวจากการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ของ สุขุมพร จันทรงาม (2554) และ อรัญชลี พุ่มเกตุ (2554) พบว่า สามารถใช้แทนกันได้โดยไม่ทำให้มีความเปลี่ยนแปลงด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกแต่อย่างใด

ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำมาใช้ในโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

- 1.1 ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการสอบถามถึงความยินยอมพร้อมใจในการรักษาด้วยยา (level 4A)
- 1.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยาของตนเองในรายที่มีการรู้คิดดี (level 4B)

2. การประเมินการรักษาด้วยยา ควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- 2.1 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 2.1.1 ติดตามความสม่ำเสมอของการมาตรวจตามนัด (level 1A)
 - 2.1.2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) (level 4A)
- 2.2 ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating scale) (level 1A)
- 2.3 การประเมินอาการข้างเคียงและปัญหาที่เกิดการรักษาดูแลด้วยยา (level 2A)
- 2.4 ประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดการรักษาดูแลด้วยยา (level 2A)
- 2.5 ประเมินการให้ความสำคัญและความมั่นใจต่อการรักษาดูแลด้วยยา (level 2A)

3. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3.1 การสร้างกลยุทธ์เพื่อกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

- 3.1.1 ปรับขนาดยาให้ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (level 1A)
- 3.1.2 กำหนดเวลาในการรับประทานยา (level 2A)
- 3.1.3 ใช้ชื่อยาจดจำและมือน้อยให้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการทานยาไม่ถูกต้องสำหรับยาที่รับประทานในแต่ละวัน (Level 1A)
- 3.1.4 บันทึกการรับประทานยาด้วยตนเองหรือให้ญาติช่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง (level 1A) โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยสำหรับบันทึกการรับประทานยา
- 3.1.5 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง (level 4A)

3.2 รูปแบบการบริการ

- 3.2.1 นัดผู้ป่วยมาพบกับแพทย์เป็นระยะเพื่อติดตามผลการตรวจรักษาและลดความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยยา (level 1A)
- 3.2.2 ให้คำแนะนำหลังจากตรวจเสร็จ (level 1A)
 - 3.2.2.1 ให้ความมั่นใจต่ออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและวิธีการแก้ไข (level 4A)
 - 3.2.2.2 มารับบริการการตรวจรักษาจนถึงวันนัดเมื่อเกิดความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดจากการรักษาด้วยยา (level 4A)
- 3.2.3 เตือนล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือ ทางจดหมายก่อนถึงวันนัดในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา (level 1A)
- 3.2.4 ให้แรงเสริมโดยการลดความถี่ของการมาตรวจ ในรายที่มีอาการสงบ (level 1A) การกล่าวคำชมเชยหรือให้รางวัล การให้อุปถัมภ์

4. การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

4.1 สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

- 4.1.1 ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา (level 1A)
- 4.1.2 ใช้โปรแกรมการสอนด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยแบบเป็นกลุ่มระยะสั้น (level 1A)
- 4.1.3 จัดให้มีการให้การปรึกษาในกรณีดังต่อไปนี้ (level 1A)

- 4.1.3.1 การจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา (level 2A)
- 4.1.3.2 การจัดการกับความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (level 2A)
- 4.1.3.3 อภิปรายร่วมกันถึงความเชื่อและความสนใจเกี่ยวกับการรักษา

ด้วยยา (level 2A)

4.2 สำหรับญาติ

4.2.1 ให้คำแนะนำและความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษา (level 1A)

4.2.1.1 ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อมีภาวะเครียดเกิดขึ้น (level 1A)

4.2.1.2 ให้การปรึกษาแก่ญาติเมื่อเกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (level 1A)

4.3 สำหรับบุคลากร

4.3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้ (level 4A)

4.3.1.1 ความสำคัญของการรักษาด้วยยา

4.3.1.2 กลยุทธ์การสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.3 ทักษะในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

4.3.1.4 จริยธรรมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5. การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.1 ติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรกของการรักษาในรายที่ขาดความร่วมมือในการรักษา โดยมีเป้าหมายดังนี้ (level 4A)

5.1.1 ให้แรงเสริมทางบวกในพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา

5.1.2 ให้ความจริงใจเกี่ยวกับการรักษา

5.1.3 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.1.4 ส่งเสริมการดูแลตนเองและให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาต่างๆที่พบ

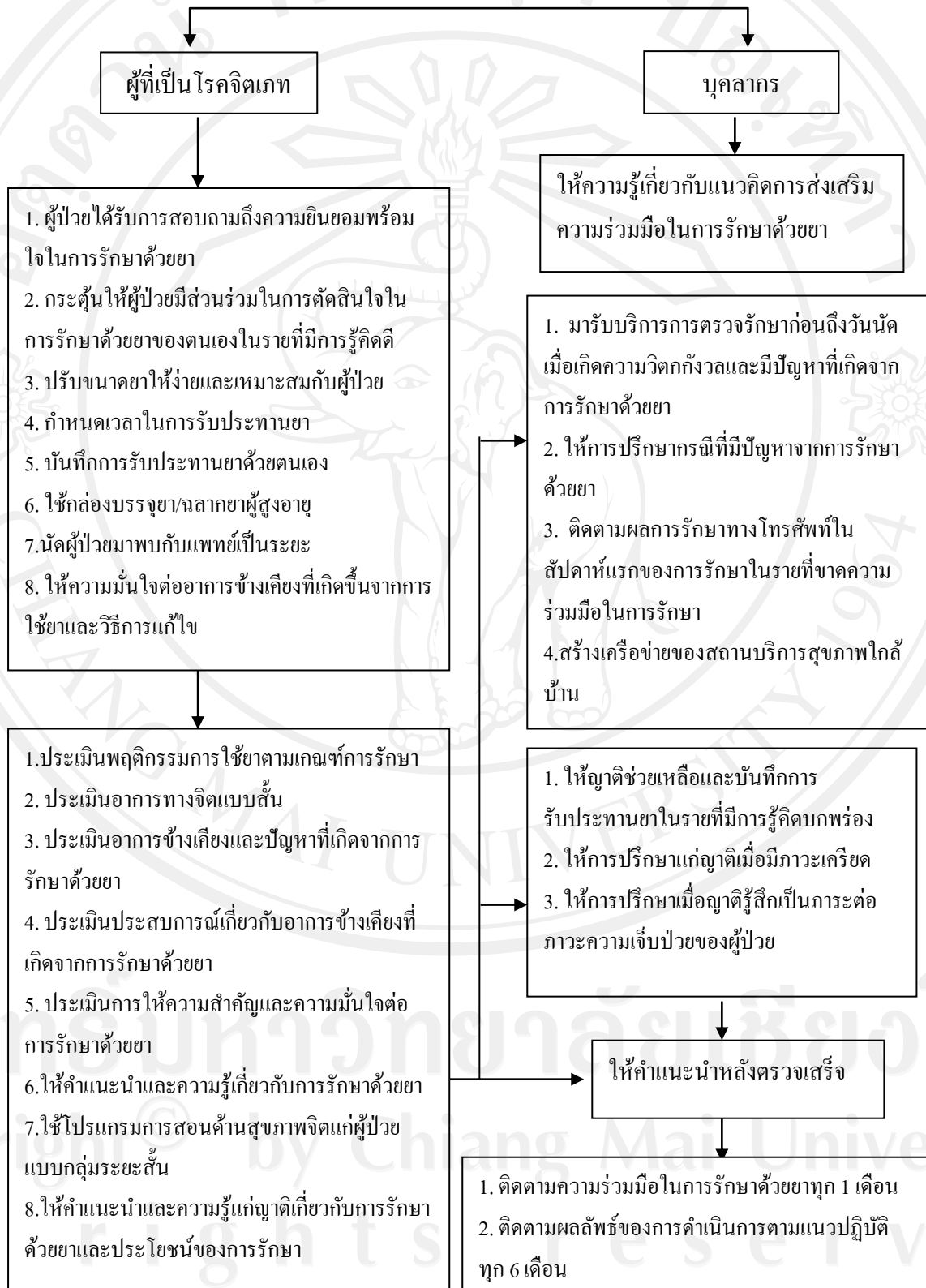
5.2 สร้างเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน (level 1A) ในการให้การปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติกรณีฉุกเฉินและติดตามผู้ป่วยกรณีขาดยา

6. การติดตามและพัฒนาคุณภาพ

6.1 ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทุก 6 เดือน (level 4A)

- 6.2 ติดตามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทุก 1 เดือน (level 1A)
- 6.3 ติดตามผลลัพธ์ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดังนี้ level 1A)
 - 6.3.1 อัตราความร่วมมือในการรักษาด้วยยา level 1A)
 - 6.3.2 อัตราการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (level 1A)
 - 6.3.3 อัตราการกลับเข้มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา level 1A)
 - 6.3.4 อัตราการมาตรวจตามนัด (level 1A)
 - 6.3.5 ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (level 1A)
 - 6.3.6 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
- 6.4 การพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจะทบทวนเพื่อปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างน้อยทุก 3 ปี หรือ ปรับปรุงแก้ไขเมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมใหม่

สรุป แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่



การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวคิดเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นเรื่องที่สำคัญตลอดจน การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในหน่วยงานมีความจำเป็นอย่างมาก การศึกษาและทบทวนผลลัพธ์หลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ อย่างไรก็ตามในการเริ่มต้นการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ย่อมมีอุปสรรค และการคัดค้านการใช้แนวปฏิบัติเกิดขึ้นได้ อาจมีข้อจำกัดทางด้านสารสนเทศและปัญหาจากผู้คนรอบข้าง (Pearson, Field, & Jordan, 2007)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการวัดผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพในอดีต พบปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการขาดความร่วมมือจากแพทย์ ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ควรมีการชักชวนให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในทีมและมีการปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับการนำมาใช้ในหน่วยงาน (Pearson et al., 2007)

แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความแตกต่างในแนวทางการรักษาของแพทย์และส่งผลทำให้ลดค่าใช้จ่ายและการรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น ประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ช่วยป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา และยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้นไป นอกจากนี้การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกยังช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องเป็นแนวทางในการเลือกการรักษาที่เหมาะสมและยังช่วยปรับการรักษาให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย (จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543)

รูปแบบการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ หมายถึง การปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นไปในทางเดียวกันตามกระบวนการ (NHMRC, 1998)

แนวทางการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวคิดของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) สามารถแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ ได้แก่

1.1 การสร้างความตระหนักในทีมผู้ปฏิบัติถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งสามารถทำได้ทั้งในรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการตามสถานการณ์ที่เป็นไปได้

1.2 ทำความตกลงร่วมกันในทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยให้ผู้ปฏิบัติได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะสามารถแก้ไขได้โดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สอนทักษะที่จำเป็น ช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และเป็นที่ปรึกษา รวมถึงการตอบคำถามต่าง ๆ ในกรณีมีปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความพร้อมในการใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน รวมถึงการสอนและการฝึกทักษะให้ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานให้สามารถใช้เครื่องมือประเมินและแบบประเมินต่าง ๆ ที่มีอยู่ในแนวปฏิบัติทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง จนสามารถประเมินได้ตรงกับประเมินของผู้ศึกษา (สุภาภรณ์ บุนโยทยาน, จวีวรรณ ชงชัย, และ มยุติ สำราญญาติ, และคณะ, 2554)

1.3 จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้ ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อสรุปของแนวปฏิบัติ หัวข้อเรื่องในการจัดทำสื่อรวมถึงผู้ที่เชี่ยวชาญและวัฒนธรรมในหน่วยงาน จากการศึกษาพบว่า การใช้เครื่องมือในการให้ความรู้เพียงวิธีเดียวจะมีผลต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพน้อยกว่าที่มีการใช้เครื่องมือในการให้ความรู้แบบผสมผสาน รวมถึงการมีวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ต่อพฤติกรรม และเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูง (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543)

1.4 มีสิ่งสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางการเงิน ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติในด้านการได้รับการสนับสนุนทางวิชาการ การได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก รวมถึงการมีนโยบายสนับสนุนของผู้บริหารและรูปแบบวิธีการติดตามประเมินผลลัพธ์ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543)

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 การกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้ รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น และช่วยทำให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติให้มีความถูกต้องเหมาะสมและมีการประชุมกลุ่มร่วมกันเพื่อร่วมกันปรับปรุงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและมีการวางแผนการดูแลการแก้ไขปัญหาร่วมกันบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

2.2 ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2.3 การสัมมนาการประชุมกลุ่มร่วมกัน เป็นการเข้าร่วมประชุมโดยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและมีการติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์ในการที่จะทำให้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

2.4 ระบบเตือนผู้ปฏิบัติในการทำงานประจำ ระบบย้าเตือนจะช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความตระหนัก ระบบเตือนความจำประกอบด้วยแผ่นพับที่ประกอบด้วยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกแจกสำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานทุกคน (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2554) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกได้อย่างต่อเนื่อง

2.5 ปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยควรปรับปรุงทุก 3 ปี โดยอาศัยงานวิจัยและหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์สนับสนุนรูปแบบการดูแลอย่างเป็นมาตรฐาน ทำให้เกิดกิจกรรมการปฏิบัติที่มีความชัดเจน ประหยัดค่าใช้จ่าย มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการดูแลผู้ป่วย (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) และหากว่าแนวปฏิบัติสามารถเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ จะช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้แนวปฏิบัติให้มีความสอดคล้องกับการดูแล นอกจากนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจะทำให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการปฏิบัติได้รวมถึงการได้รับประโยชน์จากการใช้แนวปฏิบัติทั้งนี้มีผลทั้งต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

2.6 การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย การใช้คอมพิวเตอร์ การสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ในการจัดการกับระบบข้อมูล การประเมิน การแก้ไข รวมถึงการเผยแพร่และการช่วยในการวางแผนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงข้อมูลและทำให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลได้เร็วยิ่งขึ้น

3. ชั้นประเมินผล

หลักการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ควรจะมีความชัดเจนในระยะของการประเมินผลซึ่งประกอบด้วยการประเมินผลระยะสั้น การประเมินผลระยะยาวและทั้งนี้ต้องมีความครอบคลุมในด้านกระบวนการ ด้านการปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การประเมินผลการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก ในลักษณะของการใช้สื่อในรูปแบบต่าง ๆ ประกอบด้วย จดหมาย การตีพิมพ์ในวารสาร การเผยแพร่ทางโปสเตอร์ ซึ่งการที่จะทำให้ผู้อ่านมีความเข้าใจมากขึ้นเพียงใดในแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นการท้าทายความสามารถ

รวมถึงการใช้กลยุทธ์การเผยแพร่ให้บรรลุเป้าหมายและเป็นการบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการยอมรับ

3.2 การประเมินความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยมีการติดตามและรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผล ภายหลังจากที่มีการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกและมีการลงมือปฏิบัติแล้ว ทั้งนี้เพื่อเป็นการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติและสิ่งที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3.3 การประเมินการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยอาจมีการศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดกับสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานอย่างจริงจัง และกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติอย่างจริงจัง หรือเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยการรวบรวมผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนำผลลัพธ์ที่ได้มาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ในกลุ่มตัวอย่างเดิมก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2554)

3.4 การประเมินผล จำนวนการใช้แนวปฏิบัติจะแสดงให้เห็นถึงการยอมรับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถพิจารณาได้จากการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกถึงความชัดเจน ความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมถึงความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่จำเป็น รวมถึงอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และสิ่งสนับสนุนต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ พร้อมทั้งการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อให้มีการปฏิบัติตามสาระสำคัญอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสม่ำเสมอ (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน และคณะ, 2554)

3.5 การประเมินผลของค่าใช้จ่าย ซึ่งสามารถประเมินได้จากขั้นตอนการพัฒนาการเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกหรือมีการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบของความสัมพันธ์ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (NHMRC, 1998)

ซึ่งจะเห็นว่าขั้นตอนกระบวนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับการศึกษานี้ใช้แนวทางของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งมีกระบวนการที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ ประกอบด้วยการสร้างความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้นโยบายทางคลินิก การสนับสนุนและการกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกและการประชุมร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลผู้ป่วย สำหรับการวัดผลลัพธ์ ประกอบด้วย 1) ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การมาตรวจตามนัด

- 5) ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และ
 6) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิกมีการพัฒนาโดยอาศัยความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

ด้านองค์กร

แนวปฏิบัติทางคลินิกจะทำให้การบริการมีคุณภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น รวมถึงการลดค่าใช้จ่ายด้านการใช้ทรัพยากรและทำให้การให้บริการเกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนทั้งนี้เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543) รวมถึงผู้บริหารสามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกกำหนดเป็นนโยบายในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการใช้ในการให้บริการในผู้ป่วยในองค์กรเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนของแนวปฏิบัติทางคลินิก (อริญชลี พุ่มเกตุ, 2554)

ด้านผู้ประกอบวิชาชีพ

แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำมาประยุกต์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการกระทำผิดพลาดจากการปฏิบัติกรให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพทำให้มีส่วนช่วยในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงานใช้วิจารณญาณร่วมกับอาศัยความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายทำให้เกิดการลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือกิจกรรมที่มีความซ้ำซ้อนออกไป (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรผู้ปฏิบัติงานจะได้ มีการพัฒนาความรู้ และทักษะในการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เป็นรูปธรรม และชัดเจนมากขึ้น และนำความรู้ไปขยายผลในการจัดทำแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในเรื่องอื่น ๆ ได้ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)

ด้านผู้ป่วย

ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีความคุ้มค่ามากยิ่งขึ้น ซึ่งการพิจารณาทางเลือกแนวทางการรักษาจะต้องมีการพิจารณาร่วมกับความคุ้มค่าของการวินิจฉัยหรือการรักษาวิธีการต่าง ๆ ซึ่งการเลือกการวินิจฉัยและการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายปานกลางและได้ผลการรักษาที่ดีเทียบเท่ากับการรักษาที่แพง จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการใช้ทรัพยากรในการให้บริการที่มีความคุ้มค่าคุ้มทุนมากยิ่งขึ้นทั้งนี้รวมถึงความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543)

สถานการณ์การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่

โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ไม่มีเตียงรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไว้ในอนรรักษาในโรงพยาบาล มีการเปิดให้บริการตรวจรักษาเฉพาะโรคทางจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้รับการรักษาด้วยยาเป็นหลัก จากสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาล จังหวัดแพร่ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการในปีงบประมาณ 2553 มีจำนวนทั้งสิ้น 85 ราย ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากมีอาการรุนแรงขึ้นจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.58 ของจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ขาดนัดจำนวนร้อยละ 25.59 ของจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในปีงบประมาณ 2554 มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มาใช้บริการจำนวนทั้งสิ้น 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.76 ของจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากมีอาการรุนแรงขึ้นจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.92 ของจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ขาดนัดจำนวนร้อยละ 29.15 ของจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (โรงพยาบาลลอง, 2554) บุคลากรผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีแนวทางในการติดตามผู้ป่วยโดยการประสานงานไปกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัดหรือมารับยา แต่เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่มาตรวจตามนัดหรือไม่มารับยา ก็ไม่ได้มีการติดตามต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่มาตรวจตามนัด สามารถทำได้เพียงบางรายเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากในคลินิกจิตเวชมีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเพียง 1 คน และมีภาระงานจำนวนมาก จนไม่สามารถที่จะติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ขาดนัดได้ทุกราย จึงทำให้เกิดปัญหาการขาดนัด การไม่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจากปัญหาดังกล่าวเพื่อเป็นการป้องกันอาการกำเริบจากการขาดยาที่สืบเนื่องมาจากการขาดนัดได้มีการเน้นย้ำกับผู้ป่วยและญาติที่มารับยาแทน ให้มารับยาตามนัดและไม่ให้ผู้ป่วยขาดการรับประทาน

ยา แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมายังคงพบอัตราการขาดนัดที่สูงขึ้น ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำและเกิดอาการกำเริบจากการขาดยาจนถึงขั้นทำร้ายผู้อื่น และทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลสวนปรุงด้วยอาการกำเริบซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการขาดการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจากปัญหาที่มาจาก การขาดนัด

จากปัญหาทางคลินิกดังกล่าว ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานยังไม่มีแนวปฏิบัติที่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline [CPGs]) ที่พัฒนามาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบและมีความชัดเจนผ่านการวิเคราะห์ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่าคุ้มทุน (NZGG, 2002) ซึ่ง สูดรัก พิละกันทา (2550) ได้พัฒนาขึ้นสำหรับงานแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ โดยอาศัยแนวคิดของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (NHMRC อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย, 2548) และทีมดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้นำมาปรับปรุงและมีการทดลองใช้ที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก เกิดผลลัพธ์ที่ดีสอดคล้องในการแก้ปัญหาทางคลินิกของคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดอง จังหวัดแพร่ โดยการศึกษาครั้งนี้คาดว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ที่เป็โรจิตเภท สามารถลดอาการกำเริบของโรจิตเภทที่เกิดจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การลดจำนวนการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุงเนื่องจากมีอาการที่รุนแรงจึงถึงขั้นทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่น การมาตรวจตามนัดเพิ่มมากขึ้น และทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อการใช้นโยบายทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรจิตเภท

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ มักพบปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในเรื่องการขาดนัด การไม่มาตรงตามนัด และการรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยรับประทายยาไม่ต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อให้เกิดผลเสียมากมายตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ครอบครัวย การที่ต้องมีการเริ่มต้นในการรักษาใหม่ ทำให้เสียเวลาสิ้นเปลืองและเจ้าหน้าที่ยังไม่มีแนวทางในการติดตามผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อมีการขาดนัดที่ชัดเจน การปฏิบัติไม่เป็นมาตรฐานและไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้เลือกใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของ อภิชาติ ศรียศ (2551) มาใช้ในการให้บริการสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตามกรอบแนวคิดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ของสถาบันวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) โดยมีขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมการ ได้แก่ การทบทวนปัญหาในหน่วยงาน นำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาประเมินคุณภาพและปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล 2) ขั้นตอนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ การเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ โดยการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และ 3) ขั้นตอนประเมินผลลัพธ์ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและเจ้าหน้าที่ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) ระดับของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จากการขาดความร่วมมือในการรักษา 4) การมาตรวจตามนัด 5) ความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและ 6) ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หากประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าว ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น อาการกำเริบจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดลง การกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดลง อัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทางหน่วยงานจะได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิก ดังกล่าวนี้นำไปใช้ในงานประจำต่อไป