

การจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ำนังในชุมชน อำเภอมทอง จังหวัดเชียงใหม่: กรณีศึกษา  
(Case Management in Patient with Incarcerated Schizophrenia in Community at Chomthong  
District, Chiang Mai Province: case study)

สัมพันธุ์ กองเงิน พ.บ.

Sampan Kong-ngirn M.D.

โรงพยาบาลอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

Chomthong Hospital, Chiang Mai Province

### บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่รุนแรงที่สุดเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อย และเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากมีลักษณะการดำเนินของโรคที่ยาวนานเรื้อรัง และมีอาการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยครั้ง ทำให้บุคคลขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีอาการทั้งทางบวก และอาการทางลบ ส่วนใหญ่อาการทางบวกจะก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลมากกว่า ซึ่งเป็นอาการที่เป็นอันตรายต่อตนเองและต่อผู้อื่น บางครั้งญาติจะใช้วิธีการล่ำนังในการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันอันตราย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษาและการดำเนินชีวิตตามปกติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการรายกรณีที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ำนัง ปัญหาอุปสรรคที่พบ และการจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษา ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ำนังในอำเภอมทองจำนวน 1 ราย เพศชาย อายุ 46 ปี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2550 วิธีการศึกษา คัดเลือกผู้ป่วยเข้าระบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้จัดการรายกรณีประเมินสภาพ วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการปฏิบัติการโดยผู้จัดการรายกรณี ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และให้การรักษา ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามปัญหาที่พบ และประเมินผลการปฏิบัติการดูแลทั้งด้านจากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการ ผลการศึกษาผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ไม่ถูกล่ำนัง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ มีทักษะทางสังคมมากขึ้น รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สนใจดูแลตนเองดีพอควร ญาติและชุมชนให้การยอมรับในการอยู่ร่วมกับครอบครัว และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ควรมีการใช้วิธีการจัดการรายกรณีผู้ป่วยกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและซับซ้อนในโรงพยาบาลชุมชน

**คำสำคัญ:** การจัดการรายกรณี โรคจิตเภท การล่ำนัง จิตเวช

### Abstract

Schizophrenia is a common and but the most severe form of mental disorder which becomes a significant public health problem in Thailand. People who suffered from this chronic debilitating and relapsing disorder would eventually cut off from living normal life. Given both of its positive and negative symptoms, the positive symptoms

cause more problem in caring of the patient due to their disturbing and violent nature so some care givers, in order to prevent harm, have no other choice but incarcerating the patient and give no medical treatment. Under such condition, the was patient deprived of proper treatment and rehabilitation that may lead to recover to live normal life. This case study aims to examine the application of case management in caring of such patient in terms of problem and obstacle, as well as solution. A case of incarcerated schizophrenic was male, age 46 years, was selected and received care by the process of case management during November 2006 to November 2007. The process of case management consisted of 4 stages namely 1) selecting the case suitable for the study purpose 2) assessment and analysis of need of the patient and family 3) planning for the treatment activities, coordinating with multidisciplinary team in providing care for the patient and family and 4) evaluating the outcome both from the patient and family as well as care team.

The result of this study showed that the patient improved, can recover and resume to live normal life, has social skill, take care of himself and is accepted, with much satisfaction, by family and community members. Thus case management should be an effective method for caring of the other severe chronic schizophrenic patient by community hospital.

**Keywords:** Case Management, Incarcerated schizophrenia, Mental disorder

## บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก โดยพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 1 ของการตาย เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตและร้อยละ 11 เป็นภาระของโรคที่มีต่อโลก (Global Burden of Disease) ซึ่งคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ใน ค.ศ. 2020<sup>1</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้เจ็บป่วยทางจิตถึง 1 ใน 5 ของประชากร นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังรายงานว่ามี 4 ใน 10 ของผู้ป่วยโรคจิตในสหรัฐอเมริกานั้นเป็นบุคคลไร้ความสามารถ<sup>2</sup> และร้อยละ 1 เป็นผู้ป่วยรุนแรง และเรื้อรัง เมื่อพิจารณาผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตที่มีต่อสภาพชีวิตที่เป็นสุขของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ประมาณว่าร้อยละ 18 ของวัยผู้ใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความคิดผิดปกติทางจิต<sup>3</sup> แต่ประมาณว่ามีเพียงร้อยละ 3 ของประชากรที่มีความผิดปกติ

ทางจิตเท่านั้นที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต<sup>4</sup> แบบผู้ป่วยนอก ในกรณีที่มีอาการรุนแรงแพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และเมื่ออาการดีขึ้นก็จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โรคจิตเภทหมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคล มีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว<sup>5</sup> โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ จึงทำให้มีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ส่วนความรู้สึกรู้ตัวและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ<sup>6</sup> มีลักษณะการดำเนินของโรคที่ยาวนานเรื้อรัง และมีอาการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยครั้ง ทำให้บุคคลขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีอาการทั้งทางบวก และ

อาการทางลบ ส่วนใหญ่อาการทางบวกจะก่อให้เกิดปัญหาในการดูแลมากกว่า ซึ่งเป็นอาการที่เป็นอันตรายต่อตนเองและต่อผู้อื่น บางครั้งญาติจะใช้วิธีการล่ามขังในการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันอันตราย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษาและการดำเนินชีวิตตามปกติ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม<sup>7</sup> มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยมากกว่าการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นแพทย์จึงพยายามลดเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลเร็วที่สุด (Deinstitutionalization) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องกลายเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้<sup>8</sup> การจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพที่ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้การดูแล โดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยมีการคาดหมายระยะเวลาของการอยู่รักษา ผลลัพธ์เป้าหมาย และประเภทผู้ป่วยอย่างเฉพาะเจาะจง ตลอดจนมีทิศทางของการดูแล รวมทั้งมีการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง การนำ case management มาใช้สามารถลดระยะเวลาในการในการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดอาการทางจิต เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพิ่มการทำหน้าที่ของสังคมของผู้ป่วย ลดการถูกจำกัด มีความพึงพอใจต่อระบบ case management<sup>9</sup>

โรงพยาบาลจอมทอง มีนโยบายในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข มีเป้าหมายในการจัดบริการที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงที่บ้านและชุมชน

ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลจอมทองจัดบริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์เช้า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการเป็นผู้ที่รับดูแลต่อเนื่องจากระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลตติยภูมิ เชื่อมโยงการจัดบริการในระดับทุติยภูมิ ปฐมภูมิสู่ที่บ้านและชุมชน รวมถึงผู้ที่เข้ารับบริการเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นจิตเภทรายใหม่ ทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะอาการหลงเหลือ และผู้ป่วยจิตเภทเฉียบพลัน<sup>10</sup>

ผู้ศึกษาในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งไม่มีจิตแพทย์ ในการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขังในชุมชนแบบครบวงจร จึงได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดำเนินงานดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขังในชุมชน เพื่อช่วยลดการเจ็บป่วยซ้ำ ลดการล่ามขัง ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน มีความรับผิดชอบในการทำงานช่วยตนเอง และกิจกรรมของครอบครัวที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้การศึกษา ถึงผลของการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขังในชุมชน และผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามขังในชุมชน ปัญหาอุปสรรคที่พบ และการจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาและการดูแลโดยการจัดการรายกรณี เพื่อให้มีแนวทางในดำเนินงานและมีความตระหนักถึงความสำคัญในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระบบการจัดการรายกรณี เข้ากับงานประจำในการดำเนินงานด้าน Home Health Care ของโรงพยาบาลซึ่งคาดว่าจะช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยลดต้นทุนในการอยู่รักษาผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง ลดภาระของครอบครัวและชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่ในชุมชนได้มากที่สุด

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่อลวงขังในอำเภोजอมทองจำนวน 1 ราย ที่ถูกล่อลวงขังมานาน 10 ปี คัดเลือกกรณีศึกษาโดยการเฉพาะเจาะจงเข้าระบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้จัดการรายกรณีประเมินสภาพผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ วางแผนการปฏิบัติการโดยผู้จัดการรายกรณี และประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ให้การรักษา ดูแลผู้ป่วยและญาติตามปัญหาที่พบ แล้วประเมินผลการปฏิบัติการดูแลทั้งด้านผู้ป่วยและด้านผู้ให้บริการ โดยศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และจากเวชระเบียน ผลของการจัดการรายกรณีที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่อลวงขัง ปัญหาอุปสรรคที่พบ และการจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษา

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษากรณีย่อยผู้ป่วยที่ถูกล่อลวงขังรายนี้ หลังจากที่โรงพยาบาลจอมทองได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยว่ามีผู้ป่วยจิตเภทถูกล่อลวงขังในพื้นที่จึงได้เตรียมทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ไปเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยชายอายุ 46 ปี ผสมขาว ไม่ดูแลตนเองถูกล่อลวงโซ่ขังไว้ในกรงได้ยุงข้าว จากการซักประวัติจากญาติ พบว่าผู้ป่วยเคยรักษาโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลสวนปรุงตั้งแต่ปีพ.ศ.2522 (ขณะมีอายุได้ 19 ปี) แต่ขาดยาและการรักษาไม่ต่อเนื่อง ระยะหลังไม่ยอมรับประทานยา ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน ไม่ยอมอาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้า เอะอะโวยวาย ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ ญาติจึงล่อลวงโซ่ขังไว้ในกรงได้ยุง

ข้าว โดยขังมานานประมาณ 10 ปี ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 4 คน ชาย 3 คน หญิง 1 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 4 พี่น้องคนอื่นๆ แยกครอบครัวไป บิดาอายุ 96 ปี มารดาเสียชีวิต ขณะผู้ป่วยมีอายุได้ 18 ปี ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดาเพียง 2 คน บิดาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด ญาติผู้ป่วยไม่มีผู้ใดเป็นโรคจิตเภท

ผู้ศึกษาและทีมช่วยเหลือได้ปฏิบัติตามแนวทางการจัดการรายกรณี โดยการประสานงานกับผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาพบกับบิดาและญาติโดยชี้แจงให้เข้าใจถึงผลการรักษาโดยต้องปลดโซ่ตรวนก่อน ซึ่งบิดาและญาติเข้าใจดี และยินยอมให้นำผู้ป่วยไปรักษา ทางทีมช่วยเหลือจึงได้เจรจาต่อรองกับผู้ป่วยโดยใช้ลูกตะกร้อต่อรอง (ผู้ป่วยเป็นนักกีฬาตะกร้อ) จากนั้นได้ฉีดยา Haloperidol 5 mg. เข้ากล้ามเนื้อและ Diazepam 10 mg. เข้าเส้นเลือดดำช้าๆ นำส่งโรงพยาบาลสวนปรุงโดยรถพยาบาล และมีพยาบาลจิตเวชดูแลตลอดระยะทางก่อนถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นเวลา 45 วัน จึงจำหน่ายโดยยาที่ได้รับขณะทำการรักษา คือ Haloperidol 5 mg. เข้ากล้ามเนื้อเวลามีอาการ, Clozapine (100 mg.) 1 เม็ดก่อนนอน, AMA. 1 – 2 เม็ดก่อนนอน ต่อมาปรับยาเป็น Haloperidol 5 mg. เข้ากล้ามเนื้อเวลามีอาการ, Clozapine (100 mg.) 2 เม็ดก่อนนอน, AMA. 1 – 2 เม็ด ก่อนนอน, Lithium Carbonate (300 mg.) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร, Perphenazine (4 mg) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร, Artane (2 mg.) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy, ECT.) 9 ครั้ง วันเว้นวัน หลังได้รับการรักษาได้ประมาณ 1 สัปดาห์

## สรุปการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

1. การรักษาด้วยยาในกรณีศึกษารายนี้ใช้ยาอยู่ 4 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 เป็นยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug) คือ Clozapine(100 mg) 2 tab hs, Haloperidol (5 mg) IM prn., Perphenazine (4 mg) 1 tab bid pc. ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการทางจิต อะอะอะอะอะ แพทย์ได้ให้ ยา Haloperidol (5 mg) ฉีด prn. ซึ่งมีฤทธิ์สงบประสาท ง่วงนอน ผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการ EPS (Extrapyramidal Syndrome) ได้ง่าย และสัปดาห์ที่ 2 เริ่มให้ Perphenazine (4 mg) เพื่อลดอาการหลงผิดและประสาทหลอน และให้ Clozapine (100 mg) ในขนาด 2 tab ก่อนนอน เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ป่วยเรื้อรังมานานไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาทางจิตทั่วไป และมีฤทธิ์ข้างเคียงของการเกิด EPS น้อยกว่า

กลุ่มที่ 2 Antiparkinson Agent คือ Artane (2 mg) 1 tab bid pc. เพื่อป้องกันการเกิด EPS จากกลุ่มยาต้านโรคจิต

กลุ่มที่ 3 กลุ่มยานอนหลับ (Hypnotic) คือ AMA 1-2 tab prn.

กลุ่มที่ 4 กลุ่มยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizing drug) คือ LiCO<sub>3</sub> (300 mg) 1 tab bid pc. มีฤทธิ์ควบคุมอาการก้าวร้าวและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย แพทย์ให้เพิ่มในสัปดาห์ที่ 2 เนื่องจากหลังรับการรักษาแล้วผู้ป่วยยังมีอาการหงุดหงิด ส่งเสียงดัง

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT.)

หลังเข้ารับการรักษาด้วยยา 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังมีอาการทำท่าแปลกๆ ส่งเสียงดัง พูดเรื่อยเปื่อย จึงทำการรักษาการรักษาดูด้วยไฟฟ้า เพื่อลดอาการทางจิต ป้องกันอันตรายต่อผู้อื่น สำหรับผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้ รับการรักษาด้วยไฟฟ้าทั้งหมด 9 ครั้ง ทำวันเว้นวัน ผู้ป่วย

ตอบสนองต่อการรักษาดี อาการทางจิตลดลง ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีภาวะหวาดระแวง ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ในช่วงแรก หลังการรักษาผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ข้างเคียงของการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ ง่วงงซึม นอนไม่หลับ ประมาณ 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นอาการดีขึ้น หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้ป่วยได้รับยาต่อที่โรงพยาบาลจอมทอง ประกอบด้วย Haloperidol Decanoate 50 mg. inj. 1 ampule intramuscular เดือนละ 1 ครั้ง, Clozapine(100 mg.) 2 เม็ดก่อนนอน Lithium Carbonate(300 mg.) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร, Carbamazepine (200 mg.) 1 เม็ด 2 เวลา หลังอาหาร

จากการติดตามเยี่ยมบ้านและนัดผู้ป่วยพบว่า ระยะแรกบิดาไม่ต้องการรู้กรงขังเนื่องจากเกรงว่าจะกลับมาเป็นซ้ำอีก แต่หลังจำหน่ายประมาณ 2 เดือน บิดาได้ทำการรู้กรงขัง ผู้ป่วยกลับมีอาการซ้ำอีก 2 ครั้ง เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและผู้ดูแลคือบิดามีอายุมาก มักจะลืมให้ผู้ป่วยรับประทานยาทางทิมช่วยเหลือได้ขอความร่วมมือจากญาติที่อยู่ใกล้เคียง ผู้นำชุมชน ครู ในการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วย และเสริมทักษะทางสังคม นอกจากนี้ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนได้เข้าไปเยี่ยมบ้าน ติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทางทิมสหวิชาชีพได้ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามผลจากสถานีนามัยและญาติอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ค่อนข้างปกติ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้บ้าง

ปัญหาที่พบจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยจากระบบบริการ พบว่าสถานพยาบาลอยู่ไกล ไม่มีแผนการติดตามผลการรักษา และไม่มีทีมเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชน

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวโรค ด้านอาการของโรค พบว่า ผู้ป่วย มีภาวะหวาดระแวง มีความผิดปกติ ของความคิด ไม่เป็นมิตร ส่วนปัญหาด้าน Cognitive สมาธิ ความจำไม่ดี ขาดความสามารถในการวางแผน และไม่สามารถจัดการเรื่องต่างๆ ได้

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พบว่าญาติมีความหวาดกลัวในการเข้าหาผู้ป่วย เจตคติของญาติและชุมชน ต่อผู้ป่วยไม่ดี ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และไม่รู้วัตถุประสงค์ของการใช้ยา ทักษะการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยบกพร่อง จัดยาเองไม่เป็น ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปฏิเสธว่าตนเองไม่ป่วย และปฏิเสธว่าตนเองไม่มีความจำเป็นต้องรักษา มีความคิดเชิงลบต่อผลกระทบที่อาจเกิดจากยาที่ใช้รักษา

4. ปัจจัยด้านครอบครัว หรือ ผู้ดูแล พบว่าครอบครัว รู้สึกมีตราบาป (Stigma) อับอาย มีคาคหวังต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสม ขาดความเข้าใจ ขาดแรงจูงใจ ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีการเจ็บป่วยร่วมในครอบครัว และผู้ดูแลมีอายุมาก

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา รูปแบบการใช้ยา มีความยุ่งยากซับซ้อน / ใช้ยาหลายตัว และมีอาการจากผลข้างเคียงของยา อาการด้าน extrapyramidal โดยเฉพาะอย่างยิ่ง akathisia, akinesia ใช้ยาแล้วง่วง และยามีผลต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

แนวทาง การจัดการในการ การเพิ่มความร่วมมือในการรักษา/การใช้ยาของผู้ป่วย

#### ปัจจัยระบบบริการ

- จัดเตรียม/วางแผน ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย
- พัฒนาระบบเครือข่ายให้บุคลากรเครือข่ายสุขภาพจิต มีทักษะให้คำปรึกษา และพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับยา

- พัฒนาระบบการจ่ายยาต่อเนื่อง
- พัฒนาระบบจิตเวชชุมชน
- จัดทำสิทธิบัตรและจัดให้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเวช
- ให้ข้อมูลและจัดหา แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกในการมารับยา

#### ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

- มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ทีมผู้รักษาคครอบครัวและชุมชน
- สำรวจความคิดเห็น/ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา
- เปรียบเทียบให้เห็นข้อดี ข้อเสียของการใช้ยา
- เปรียบเทียบอาการของโรคจิตเภทให้เหมือนโรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา

- ให้กำลังใจผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่อง โดยใช้คำพูดเชิงบวก
- จัดหาโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยจัดยาเอง
- โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ได้แก่ การติดตามความสม่ำเสมอของการมารับการรักษา มีการติดตามผู้ป่วยเมื่อมีการผิวนัด การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงกระตุ้น (motivational interviewing techniques) และการใช้สัญลักษณ์ช่วยกรณีผู้ป่วยอ่านไม่ได้

ได้รับการรักษา มีการติดตามผู้ป่วยเมื่อมีการผิวนัด การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงกระตุ้น (motivational interviewing techniques) และการใช้สัญลักษณ์ช่วยกรณีผู้ป่วยอ่านไม่ได้

#### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ผลข้างเคียงจากยา (Side effect)

- มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ทุกครั้ง โดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยบอก และจัดการแก้ไขทันที
- กรณีที่มีผลข้างเคียงมากให้พิจารณาเลือกใช้ยาที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า



- ก่อนใช้ยาควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และผลข้างเคียงในระยะยาว
- จัดรูปแบบการใช้ยา (Regimens) ให้ง่ายที่สุดสำหรับผู้ป่วย
- มีการทบทวนรูปแบบร่วมกันอย่างสม่ำเสมอระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา, เลือกรูปแบบให้เหมาะกับผู้ป่วย
- ใช้ยาฉีดออกฤทธิ์นานในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา

#### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล

- โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะผู้ดูแล
- ให้ความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยากับผู้ดูแล เพื่อติดตามและไม่ซ้ำเติมผู้ป่วย
- จัดหาบุคคลที่สามารถสนับสนุนดูแลผู้ป่วยได้
- กรณีผู้ป่วยระแวงญาติ อาจจัดหาคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน, พยาบาลในสถานีนามมาย มาช่วยในการจัดยาให้ผู้ป่วยกิน
- ระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
- จัด กลุ่มครอบครัวบำบัด

#### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในความร่วมมือในการบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเรื่องที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการใช้ยารักษาอาการทางจิต ซึ่งอาจทำได้ด้วยการให้การช่วยเหลือแบบรายบุคคล ซึ่งทำได้ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเหมือนเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการให้บริการ ซึ่งสามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังผสมผสานด้วย Cognitive technique สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

และการให้ Psycho – education ด้วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ง่าย แม้แต่จากพยาธิสภาพของโรคเอง อยู่ที่มีการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนให้นานที่สุด ภายใต้บทบาทการดูแลของทีมสหวิชาชีพในชุมชน ควรอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแล ชุมชน เครือข่ายการดูแลในพื้นที่ โดยการสร้างความตระหนักให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง มีทักษะในการสื่อสารกับญาติและชุมชนในการสร้างความตระหนักและสร้างความไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ มีทีมผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี และมีการติดตามให้การดูแลต่อเนื่อง มีการฝึกทักษะการดูแลแก่ญาติผู้ดูแล โดยให้มีผู้ดูแลร่วมกันหลายๆคนเพื่อสามารถผลัดเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยได้ การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย การส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการใกล้บ้าน เช่น การอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแก่สถานบริการปฐมภูมิ การขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ส่วนปัญหาที่พบจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย และต้องใช้กลยุทธ์หลายๆ อย่างในการแก้ไขปัญหานี้ สำหรับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีการศึกษาถึงกลยุทธ์ในการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาที่อาจมีส่วนช่วยในการลดการขาดยาของผู้ป่วย กลยุทธ์เหล่านี้ได้แก่ การติดตามทางโทรศัพท์ การฝึกการควบคุมตนเอง (Self monitoring) ของผู้ป่วย มีญาติหรือผู้ดูแลที่จะคอยดูแลผู้ป่วย การมีทีมสหวิชาชีพออกไปเยี่ยม การให้ครอบครัวบำบัดหรือการทำ compliance therapy หลักทั่วไปของการเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา คือ มี

การเตรียมระบบบริการที่เข้าถึง อาจมีทีมออกไปเยี่ยม มีการใช้ยาที่เกิดผลของอาการไม่พึงประสงค์ให้ต่ำสุด หากคนที่คอยดูแลให้คำแนะนำการรับประทานยากับผู้ป่วย มีการปรับลักษณะการให้ยาให้ง่ายและเหมาะสมกับลักษณะชีวิต หรือ Cognitive impairment ของผู้ป่วย การใช้ตนเองในการ Monitor การรับประทานยาของผู้ป่วย (self monitoring calendars) การออกแบบการรับประทานยาให้สัมพันธ์กับชีวิตประจำวัน เช่น สัมพันธ์กับมื้ออาหาร การแปรงฟัน เป็นต้น การใช้ภาษาให้เข้าใจได้ง่าย การตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจในวิธีการรับประทานยาและตรวจสอบเป็นระยะ

### สรุป

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกกล่าวถึงรายนี้ หลังการดำเนินการดูแล ช่วยเหลือด้วยกระบวนการจัดการรายการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการรักษา และการส่งเสริม สนับสนุนในการดำเนินชีวิต การอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคม และการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ไม่ต้องถูกกล่าวถึง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ มีทักษะทางสังคมมากขึ้น รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความใส่ใจในการดูแลตนเองพอควร ญาติและชุมชนมีมุมมองที่เปลี่ยนไปโดยให้การยอมรับและให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัว ญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ปัญหาที่พบจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาส่งผลถึงประสิทธิภาพของการรักษา และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ปัญหาของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การควบคุมอาการและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สำหรับผู้ป่วยรายนี้สามารถทำได้โดยการให้ยาที่เหมาะสมร่วมกับการที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเข้ามาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมี Intervention ที่เหมาะสม ได้แก่ Compliance therapy

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาที่ได้รับ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยควรมีการเตรียมความพร้อมของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนดังนี้

1.1 ควรจะมีเจตคติที่ดีในการจัดการรายการผู้ป่วยจิตเภทเพราะต้องใช้เวลา บุคลากรและความอดทนในการบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหาลุप्तรรคที่เกิดขึ้น ปริมาณผู้ป่วยจะมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับการตรวจโรคทั่วไปในโรงพยาบาล

1.2 ควรจะมีความรู้ทางด้านการวินิจฉัยโรคและการใช้ยาทางจิตเวชพอสมควรและพร้อมที่จะปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางจิตเวชได้

1.3 ควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานและในทีมสหวิชาชีพ มีทักษะในการขอความร่วมมือกับชุมชนเพื่อช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกัน

2. ด้านการบริหารจัดการ

ควรมีทีมสหวิชาชีพที่พร้อมที่จะทำงานและมีความเป็นเอกภาพ มีเจตคติที่ดีในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการประชุมปรึกษาหารือสม่ำเสมอ มีการปรับแผนการทำงาน มีการประเมินผลการทำงาน และมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการใช้วิธีการจัดการรายการผู้ป่วยกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ ในโรงพยาบาลชุมชน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้วิธีการจัดการรายการในผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกกล่าวถึง



### กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณนายแพทย์สมอาจ วงศ์สวัสดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทองที่อนุญาตและสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์ปริทรรศ ศิลปกิจ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุงที่ให้ปรึกษาและคำแนะนำในการทำวิจัย คุณนพวรรณ อุปคำ และคุณชลธิดา สิมะวงศ์ ที่ให้ความช่วยเหลือ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและเจ้าหน้าที่หน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและเป็นกำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. William H.Gnam .Handbook of Complex Occupational Disability Claims Springer, US 2006.
2. Patrick W. Corrigan, Amy C. Watson, Amy C. Warpinski and Gabriela Gracia Stigmatizing Attitudes About Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services .Springer Netherlands, 2004.
3. Setsuo Takatani , Charles Davies, Naoki Sakakibara, Andrew Zurick, Erik Kraenzler, Leonard R. Golding, George P. Noon, Yukihiko Nose and Michael E. DeBakey Experimental and clinical evaluation of a noninvasive reflectance pulse oximeter sensor. Springer Netherlands, 2005.
4. Steven R. Kubacki and Maryellen Chase. Comparing Values and Methods in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy: Commonalities and Differences . Springer Netherlands. 2004.
5. Kaplan,H.I.,& Sadock,J.B.Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry:Behavioral sciences and clinical psychiatric Nursing,2000;12(1): 71-80.
6. World Heaith Organization.The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder: Clinical describtion and diagnostic guidelines.Geneva:Author, 1992.
7. กรมสุขภาพจิต. ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท. กรุงเทพฯ, 2550.
8. Pamela N. Prince and Gary J. Gerber.Subjective well-being and community integration amo clients of assertive community treatment. Springer Netherlands, 2005.
9. Robert E. Drake and Kim T.Mueser. Managing comorbid schizophrenia and substance abuse. Current Medicine Group LLC, 2007.
10. โรงพยาบาลจอมทอง. สรุปผลงานประจำปี. เชียงใหม่ , 2548.