บทความฟื้นวิชา

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษา

ธนพล บรรดาศักดิ์

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการดำเนินของโรคจะเป็นลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์องค์ความรู้สู่การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลจะเป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่งที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

คำสำคัญ: ● *บทบาทพยาบาล* ● *โรคจิตเภท* ● *กรณีศึกษา*

เวชสารแพทย์ทหารบก 2564;74(3):221-32.

ได้รับต้นฉบับเมื่อ 22 มกราคม 2564 แก้ไขบทความ 2 พฤษภาคม 2564 ได้ตีพิมพ์เมื่อ 4 กรกฎาคม 2564

ผู้นิพนธ์หลัก ธนพล บรรดาศักดิ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

E-mail: teacherdream27@gmail.com หมายเลขโทรศัพท์ 065-897-0145

Literature review

Nurse's Role in Schizophrenia Patient Caring: A Case Study

Thanapol Bundasak

Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Boromarajonnani College of Nursing, Phra-Phutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

Abstract

Schizophrenia is a chronic disorder that is a mental health problem. Schizophrenia patients have abnormal cognition, perception, emotion, and behavior, and the progression of this disease is gradual. Schizophrenia patients behave abnormally from the public, resulting in patients having problems in participating in society, working, caring for themselves, and building relationships with others. Therefore, nurses play a significant role in applying knowledge to care for schizophrenia patients that covers physical, mental, emotional, and social aspects. When patients return home, their family members and relatives are the key people who take care of the patients to prevent a recurrence of symptoms of schizophrenia, and consequently, the patients can have a good quality of life and live well with their family and society.

Keywords: ● *Nurse's role* ● *Schizophrenia* ● *Case study*

RTA Med J 2021;74(3):221-32.

Received 22 January 2021 Corrected 2 May 2021 Accepted 4 July 2021

Corresponding Author: Thanapol Bundasak, Boromarajonnani College of Nursing, Phra-Phutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute E-mail: teacherdream27@gmail.com Phone: 065-897-0145

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชโดยพบความชุกในประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 0.3-0.7[1] และอุบัติการณ์ของโรคพบประมาณ 1.5 คนต่อประชากร 10,000 คน[2] ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีลักษณะความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะปรากฏกลุ่มอาการใน 2 ลักษณะ คือ กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด (delusions) ประสาทหลอน (hallucinations) พฤติกรรมและการพูดผิดปกติ (disorganized speech and behaviors) เป็นต้น และกลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เรียบเฉย (flat affect) การเคลื่อนไหวช้าลง (slow movements) การดูแลตนเองบกพร่อง (poor self-care) เป็นต้น[1] ซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น[3] ลักษณะดังกล่าวจึงทำให้โรคจิตเภทกลายเป็นโรคเรื้อรังของสังคม ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันท่วงที อาจทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบได้ง่าย[1,4]

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีอัตราการกลับเป็นซ้ำค่อนข้างสูง สำหรับในต่างประเทศพบอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 33.4[5] และร้อยละ 50-80 หากรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง[6] สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลายโรงพยาบาล ดังเช่น โรงพยาบาลมหาสารคามมีอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 7.30[7] และจากการติดตามการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พ.ศ. 2556-2558 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลต้องกลับเข้ามารับการรักษาภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 5.90, 8.48 และ 7.23 และภายใน 90 วันเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 15.03, 14.32 และ 15.19 ตามลำดับ[8] แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มขึ้นเรื่อยๆ จึงถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่ควรให้การช่วยเหลือและป้องกัน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่จะมีแนวโน้มสูงขึ้น และมักมีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ง่าย การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งการดูแลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย[9,10] เพราะนอกจากการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการช่วยควบคุมอาการผิดปกติของผู้ป่วย กระบวนการดูแลทางการพยาบาลทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท บทความฟื้นวิชานี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทสำหรับพยาบาล รวมถึงนักศึกษาพยาบาล ให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้นมักจะเริ่มเกิดขึ้นในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท ดังนี้

1. พันธุกรรม (genetics)[1,11,12] โรคจิตเภทมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 48 แต่คู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบมีโอกาสเพียงร้อยละ 12-14 เท่านั้น ส่วนบุตรที่เกิดจากบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้นมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทถึงร้อยละ 40 และบุตรที่เกิดจากพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้น มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 12

2. โครงสร้างสมองและสารสื่อประสาท (brain structures and neurotransmitters)[13] การตรวจภาพของสมองโดย MRI พบว่า ช่องว่างในสมองด้านข้างและช่องว่างในสมองส่วนที่สาม มีการขยายใหญ่กว่าปกติ (lateral and third ventricles enlargement) อีกทั้งสมองส่วน temporal lobe, hippocampus, limbic system และ cortical มีขนาดเล็กลง สำหรับสารสื่อประสาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท เช่น โดปามีน (dopamine: DA) และกลูตาเมต (glutamate) เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านพัฒนาการและสิ่งแวดล้อม (developmental and environmental factors)[12,14] เช่น การขาดออกซิเจนในระยะคลอด การคลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อไวรัสขณะตั้งครรภ์ในไตรมาส 2 และ 3 ส่งผลให้กระบวนการสร้าง (formation) ของสมองส่วน amygdala และ hippocampus ผิดปกติ นำไปสู่ความเสี่ยงของการเกิดโรคจิตเภทได้ อีกทั้งความเครียดหรือเหตุการณ์เชิงลบในชีวิตยังเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบขึ้นด้วย

สมมติฐานของการเกิดโรคจิตเภท

โดยทั่วไปสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท มักเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลมีความเสี่ยงทางพันธุกรรมอยู่เดิม ต่อมาเกิดการกระตุ้นโดยปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านพัฒนาการ และสิ่งแวดล้อม จนทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาท และสารสื่อประสาทต่างๆ ซึ่งสารสื่อประสาทที่พบว่ามีความเกี่ยวข้อง คือ dopamine และ glutamate ดังนั้นการรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรค โดยอาศัยองค์ความรู้เรื่องสารสื่อประสาทที่ผิดปกตินี้ จึงเป็นเป้าหมายที่นำมาสู่การใช้ยารักษาอาการของโรคจิตชนิดต่างๆ ในปัจจุบัน ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. dopaminergic hypothesis[12] เป็นสมมติฐานที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระดับของ dopamine ที่ผิดปกติต่อกลไกการเกิดโรคจิตเภท โดยที่ dopamine มีการทำงานในสภาวะที่ปกติผ่าน 4 Pathway ดังนี้

1.1 Mesolimbic Pathway เป็นความผิดปกติที่มีสาร dopamine หลั่งจาก ventral tegmental area (VTA) ไปกระตุ้นตัวรับ dopamine ที่ limbic system เช่น nucleus accumbens มีผลช่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งการมี dopamine ที่สูงผิดปกติ มีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท เช่น อาการหลงผิด และประสาทหลอน เป็นต้น

1.2 Mesocortical pathway เป็นความผิดปกติที่มีสาร dopamine หลั่งจาก VTA ไปกระตุ้นตัวรับ dopamine ที่ prefrontal cortex มีผลช่วยควบคุมอารมณ์และสติปัญญา เช่น การเรียนรู้ การวางแผน การตัดสินใจ ซึ่งการมี dopamine ที่ต่ำผิดปกติ มีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการด้านลบของโรคจิตเภท เช่น ภาวะไร้อารมณ์ เฉยเมย แยกตัวจากสังคม ความจำลดลง ไม่สามารถวางแผนและตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

1.3 Nigrostriatal pathway เป็นความผิดปกติที่มีสาร dopamine หลั่งจาก substantial nigra ไปออกฤทธิ์กระตุ้นที่ตัวรับ dopamine ที่ striatum มีผลช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งการมี dopamine ที่ต่ำผิดปกติ มีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการของ extrapyramidal syndrome (EPS) เช่น อาการของกล้ามเนื้อบิดเกร็ง คอเอียง น้ำลายไหล เคี้ยวมุมปาก สั่น เป็นต้น

1.4 Tuberoinfundibular pathway เป็นความผิดปกติที่มีสาร dopamine ซึ่งหลั่งจาก hypothalamus ไปกระตุ้นตัวรับ dopamine ที่ pituitary gland มีผลควบคุมการหลั่งฮอร์โมน prolactin การมี dopamine ที่ต่ำผิดปกติ ส่งผลให้มีการหลั่ง prolactin มากขึ้น ทำให้เกิดการขาดประจำเดือน ความรู้สึกทางเพศลดลง และมีน้ำนมไหล

2. glutamatergic hypothesis[15] เป็นสมมติฐานที่อธิบายความสัมพันธ์ของ glutamate กับกลไกการเกิดโรคจิตเภท ซึ่งปัจจุบันสันนิษฐานว่า เกิดจากความผิดปกติของตัวรับ glutamate ชนิด NMDA ที่ทำงานลดลง ทำให้เกิดโรคจิตเภททั้งกลุ่มอาการทางบวกและทางลบ

การวินิจฉัยโรคจิตเภท

เนื่องจากอาการทางจิต เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด เป็นอาการที่สามารถพบได้ในโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ ได้เช่นกัน ดังนั้นในการให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่เป็นลักษณะของโรคจิตเภท จึงจำเป็นต้องพิจารณาว่าลักษณะอาการนั้นเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยหรือไม่ ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่จิตแพทย์ใช้ส่วนใหญ่นั้นยึดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 หรือ DSM-5[1] ซึ่งได้ให้รายละเอียดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท ดังนี้

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน และต้องมีอย่างน้อย 1 อาการ ในข้อ 1-3 คือ

1. Delusions หรืออาการหลงผิด บุคคลจะมีความเชื่อผิดๆ และไม่เป็นความจริง (Fixed False Believed) เช่น หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ มีพลังเหนือธรรมชาติ คิดว่าผู้อื่นจะมาปองร้ายตนเอง เป็นต้น

2. Hallucination หรืออาการประสาทหลอน เช่น ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน เป็นต้น

3. Disorganized speech หรือความผิดปกติด้านการพูด เช่น พูดไม่ปะติดปะต่อ พูดจาสับสน เป็นต้น

4. Disorganized behavior หรือพฤติกรรมที่ไม่เป็นระเบียบแบบแผน พฤติกรรมการเคลื่อนไหวมากเกินไปหรือน้อยเกินไป พฤติกรรมแปลกประหลาด เช่น มีท่าทางอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน (Catatonic)

5. Negative symptoms หรืออาการด้านลบ เช่น สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) พูดน้อย (alogia) ไม่กระตือรือร้น (avolition) เป็นต้น

B. มีปัญหาในด้านการเข้าสังคมและการประกอบอาชีพ เช่น ด้านการงาน ด้านสัมพันธภาพต่อผู้อื่น หรือการดูแลตนเองลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน นับตั้งแต่เริ่มป่วย

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี criteria A. อย่างน้อยนาน 1 เดือน และรวมช่วงเวลาที่มีอาการในระยะ prodromal หรือ residual phase โดยในช่วงเวลาดังกล่าว อาการ

ที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบหรืออาการตามข้อ A. ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป แต่แสดงออกแค่เพียงเล็กน้อย

D. ต้องไม่ใช่ schizoaffective disorder และจะต้องไม่ใช่ความผิดปกติทางอารมณ์

E. อาการไม่สบายใจต้องไม่เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือยาที่ใช้ทางการแพทย์หรือโรคทางกาย

F. ถ้าผู้ป่วยเคยมีประวัติป่วยด้วยโรคในกลุ่ม autistic spectrum disorder หรือความผิดปกติด้านการสื่อสารที่มีอาการเริ่มต้นในวัยเด็กมาก่อน จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเพิ่มอีก ก็ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านั้นหากได้รับการรักษา)

ระยะการดำเนินของโรค

การดำเนินของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 4 ระยะ[16] คือ

Stage 1: risk factors หรือระยะที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น มีประวัติทางพันธุกรรมหรือบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นต้น ผู้ป่วยยังสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ปกติ อาจเริ่มมีความบกพร่องทางสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้านความคิด แต่ยังอยู่ในระดับเล็กน้อย ไม่ชัดเจน ทำให้ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ ทำให้บุคคลรอบข้างไม่รู้สึกว่าผิดปกติ หรือเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิต

Stage 2: prodrome of schizophrenia หรือระยะที่มีสัญญาณเตือน ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป จะพบความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม เช่น ความสนใจความใส่ใจ และสมาธิลดลง มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ วิตกกังวล แยกตัวจากสังคม มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย มีความคิดแปลกประหลาด (bizarre) และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่

Stage 3: onset of psychosis หรือ ระยะอาการกำเริบ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางบวก เช่น มีความคิดหลงผิด มีอาการประสาทหลอน มีความบกพร่องทางการพูดและการเคลื่อนไหว ระยะนี้ส่วนใหญ่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากมีพฤติกรรมรุนแรง

Stage 4: chronic disability stage หรือระยะที่มีอาการคงเหลือ อาจพบกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย อารมณ์เฉยเมย ขาดความกระตือรือล้น มีปัญหาในเรื่องของการเข้าสังคม เป็นต้น ในระยะนี้หากไม่มีปัจจัยกระตุ้น เช่น การลืมรับประทานยา ความเครียด หรือเหตุการณ์เชิงลบในชีวิต ผู้ป่วยก็จะไม่มีอาการกำเริบ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชรวมถึงการดูแลรักษาโรคจิตเภท จะใช้หลักการของชีวจิตสังคม (bio-psycho-social model)[17] ดังนี้

1. Biological หรือการดูแลด้านชีวภาพ ส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องของการปรับสารสื่อประสาทในสมองให้มีความสมดุล เช่น การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยการช็อตไฟฟ้า เป็นต้น

2. Psychological หรือการดูแลด้านจิตใจ ด้วยการให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ป่วยให้ค้นหาศักยภาพของตนเองมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วย โดยการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดความคิดและพฤติกรรมบำบัด เป็นต้น

3. Social หรือการดูแลด้านสังคม โดยการฝึกทักษะทางสังคม เช่น การเข้าสังคม การประกอบอาชีพ รวมถึงการดูแลตนเองในเรื่องของกิจวัตรประจำวันต่างๆ อีกทั้งยังต้องทำความเข้าใจกับบุคคลในครอบครัวและสังคม เพื่อให้เกิดมุมมองที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท นำไปสู่การลดความรู้สึกเป็นตราบาปในชีวิต

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยทั่วไป จำเป็นต้องใช้แนวปฏิบัติอย่างเป็นองค์รวมในรูปแบบของชีวจิตสังคม (bio-psycho-social model) ซึ่งก็คือการผสมผสานทั้ง 3 วิธีการดูแลเข้าด้วยกัน จึงจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะต้องมีการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ[18] เช่น การให้ความรู้ที่ครอบคลุมเรื่องของโรคจิตเภทพอสังเขป มุ่งเน้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการอารมณ์ความเครียด เป็นต้น ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก เพราะถือว่าเป็นเหตุการณ์ใหม่ของครอบครัว ซึ่งในระยะแรกอาจจะต้องดูแลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ครอบครัวเกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต และอาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้[19] ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุดคือการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะที่ดี มีภาระการดูแลไม่หนักมาก ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการผู้ป่วยต่อไป[20]

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีความแตกต่างกันตามลักษณะอาการของผู้ป่วยแต่ละรายตามลักษณะอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยหลงผิด การพยาบาลผู้ป่วยหวาดระแวง การพยาบาลผู้ป่วยหูแว่ว และการพยาบาลผู้ป่วยแยกตัว ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรณและสรุปแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท[21-23] ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด การพยาบาลเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ประเมินชนิดและความรุนแรงเกี่ยวกับอาการหลงผิดที่จะนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้อื่น พยาบาลควรให้การยอมรับผู้ป่วย ไม่ควรโต้แย้ง ถกเถียง หรือถามเนื้อหาของความคิดหลงผิด เพราะอาจจะทำให้ความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลนั้นรุนแรงมากขึ้น พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลงผิดตามความเป็นจริง (present reality) โดยการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การออกกำลังกาย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ลดความหมกมุ่นจากอาการหลงผิด และเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหลงผิดจึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อฝึกการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น รวมทั้งการให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง อาการหวาดระแวงเป็นการแสดงออกถึงความไม่ไว้วางใจผู้อื่น จนเป็นอาการหลงผิด คิดว่าตนเองถูกปองร้าย กลั่นแกล้ง มีคนคอยติดตามเพื่อจะทำร้าย ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมีหลักฐานหรือเหตุผลมาหักล้าง ดังนั้นการพยาบาลจึงมุ่งเน้นการประเมินความรุนแรงเกี่ยวกับอาการหวาดระแวงในผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพแบบ 1 ต่อ 1 เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการให้การพยาบาล รวมทั้งการสื่อสารกับผู้ป่วยแบบเปิดเผย ตรงไปตรงมา เข้าใจง่าย และลดพฤติกรรมที่อาจเพิ่มความหวาดระแวงให้กับผู้ป่วย เช่น การกระซิบ การสัมผัสตัวผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้งการดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา และเมื่อผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงลดลง ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น จึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น การทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น

3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่ว หูแว่ว หมายถึง อาการประสาทหลอนที่มีการรับรู้ทางการได้ยินเสียงผิดปกติโดยไม่มีสิ่งเร้ากระตุ้น เป็นอาการทางบวกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยส่วนใหญ่แล้วอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยินจะเป็นเสียงภายในตัวเอง เสียงจากบุคคลอื่น และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งอาการหูแว่วนี้จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ ความกลัว วิตกกังวล หมกหมุ่น หรือเครียด ซึ่งสามารถนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ พยาบาลมีบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประเมินรายละเอียดเกี่ยวกับอาการหูแว่วร่วมกับการประเมินความรู้สึกต่ออาการหูแว่ว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งการให้ข้อมูลที่เป็นจริง และร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาวิธีการจัดการกับอาการหูแว่ว พร้อมทั้งการดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา

4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมการแยกตัวเป็นการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ รู้สึกไม่ปลอดภัย โดยการอยู่คนเดียว เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการแยกตัวที่เกิดจากอาการทางบวกส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงที่อาการกำเริบ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวคนอื่นจะมาทำร้าย ส่วนการแยกตัวที่เกิดจากอาการทางลบนั้น มักเริ่มต้นตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับสังคม แยกตัวอยู่คนเดียว โดยใช้กลไกทางจิตสร้างโลกแห่งจินตนาการให้ตนเองอยู่เพื่อลดความไม่สบายใจ บางครั้งพบการใช้กลไกทางจิตแบบถดถอยร่วมด้วย การพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและมีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้านมักมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ซึ่งสาเหตุการกลับเป็นซ้ำเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ยาจิตเวช สถานบริการด้านสุขภาพจิต ขาดความตระหนักในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด ความเครียดของผู้ป่วย ญาติเหนื่อยหน่ายท้อแท้ในการดูแล เป็นต้น[18] ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยการประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ซึ่งเป็นความรู้ความสามารถของบุคคลที่จะตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต รู้ถึงวิธีการค้นหาข้อมูล และแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ที่มีอยู่ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรับรู้เข้าใจ สามารถจัดการปัญหา และมีวิธีการป้องกันปัญหาสุขภาพ

จิต[24,25] ซึ่ง Jorm[26] ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต บุคคลที่มีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต รวมถึงมีความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้ และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทหากได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก็จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น สามารถดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

ผู้เขียนขอนำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษา ข้อวินิจฉัยที่สำคัญของกรณีศึกษาและการวางแผนการพยาบาล พร้อมทั้งการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปโดยสรุปของกรณีศึกษา

กรณีศึกษาชายไทย รูปร่างสมส่วน อายุ 46 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างทั่วไป ผู้ป่วยมีนิสัยร่าเริงและสนุกสนาน ชอบมีเพื่อน ผู้ป่วยมีพี่น้องทั้งหมด 3 คน ครอบครัวมีประวัติบิดาป่วยด้วยโรคจิตเภท

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเรื่องเครียดเรื่องบริษัทปรับลดพนักงานทำให้ตนเองต้องออกจากงาน ทำให้รายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่ยอมบอกใคร จึงเริ่มสูบบุหรี่ และดื่มสุราทุกวัน หลังจากนั้นผู้ป่วยแยกตัวอยู่คนเดียว พูดคนเดียว ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลางคืนไม่นอน มารดาไม่เชื่อว่าเป็นความผิดปกติทางจิต จึงไปขอน้ำมนต์จากวัดใกล้บ้านมาให้ผู้ป่วยดื่ม และอาบน้ำ แต่อาการไม่ดีขึ้นจึงไปปรึกษาเพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านแนะนำให้ไปโรงพยาบาลจิตเวช มารดาจึงพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวช แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยารักษาอาการทางจิต และการเข้ากลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเดินเร่ร่อน พูดจาเรื่อยเปื่อย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากเชื่อว่าอาการดีขึ้นแล้ว จึงไม่ต้องรับประทานยา มารดาไม่ได้นำส่งโรงพยาบาล

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขาดยา 4 เดือน มีอาการแยกตัว พูดคนเดียว บอกว่าพูดกับเทวดา มารดานำส่งโรงพยาบาลเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เมื่ออาการทางจิตดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยทะเลาะกับมารดา มีอาการพูดคนเดียว แยกตัว ไม่นอนกลางคืน ไม่รับประทานยา มารดานำส่งโรงพยาบาล

การใช้ยาและสารเสพติด

- ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นเบียร์ วันละ 2-3 ขวด เป็นประจำทุกวัน ร่วมกับดื่มกาแฟวันละ 1-2 ซอง
- ผู้ป่วยสูบบุหรี่นานๆ ครั้ง ประมาณวันละ 1-2 มวน

การตรวจสภาพจิต

ลักษณะทั่วไป (general appearance): ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย แต่งกายเหมาะสม ให้ความร่วมมือในการตรวจ

การพูด (speech): เสียงดังชัดเจน พูดชัดถ้อยชัดคำ

อารมณ์ (mood): ปกติดี

สภาพอารมณ์ (affect): สีหน้าเฉยๆ การแสดงออกทางอารมณ์สอดคล้องกับคำพูด

กระแสความคิด (process of thought): ไม่พูดอ้อมค้อม ตอบคำถามตรงประเด็น

เนื้อหาความคิด (content of thought): ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง และไม่มีความคิดหลงผิด

การรับรู้ (perception): ผู้ป่วยพูดคนเดียว บอกกับพยาบาลว่า “ได้ยินเสียงเทวดามาคุยด้วย” (ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านการรับรู้ คือ auditory hallucination)

การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (orientation): บอกวัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง

ความใส่ใจและสมาธิ (attention and concentration): ลบเลขได้ถูกต้อง

ความจำ (memory): ปกติ

ความรู้ทั่วไป (general knowledge): ตอบคำถามได้ถูกต้อง

ความคิดเชิงนามธรรม (abstract thinking): บอกความเหมือนของ 2 สิ่ง ได้ถูกต้อง บอกความหมายของคำพังเพยได้ถูกต้อง

การตัดสินใจ (judgement): การตัดสินใจเหมาะสมกับสถานการณ์

การหยั่งรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง (insight): ผู้ป่วยรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นผิดปกติ และต้องการหายจากอาการ

การรักษาที่ได้รับ

- risperidone 2 mg รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น
- trihexyphenidyl 2 mg รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลกรณีศึกษาจากข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยประกอบด้วย อาจเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีประสาทหลอนทางหู และมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้านเนื่องจากวิธีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:

1. อาจเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีประสาทหลอนทางหู

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมพูดคนเดียว
2. ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงเทวดามาพูดด้วย

เป้าหมาย

ไม่เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นในขณะที่มีอาการประสาทหลอนทางหู

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหูแว่วลดลง หรือไม่มีอาการหูแว่ว
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการอาการหูแว่วได้
3. ผู้ป่วยและบุคคลอื่นไม่ได้รับอันตรายจากอาการหูแว่ว

กิจกรรมการพยาบาล มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้[27,28]

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการให้การพยาบาล

2. ตรวจสภาพจิตเพื่อประเมินเนื้อหาของอาการหูแว่วว่ามีอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือไม่ ร่วมกับประเมินความรู้สึกต่ออาการหูแว่ว เพื่อวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

3. หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลกับอาการหูแว่ว ให้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับอาการหูแว่ว รับฟังด้วยความเต็มใจ ไม่ตำหนิในสิ่งที่ผู้ป่วยได้ยิน แต่ก็ไม่แสดงท่าทีเห็นด้วยกับอาการหูแว่วที่ผู้ป่วยได้ยิน

4. หากประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการหวาดกลัวต่อเสียงหูแว่ว แต่สามารถควบคุมตนเองได้ ให้อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเพื่อคลายความกลัว และลดอาการหมกหมุ่นเกี่ยวกับอาการหูแว่วที่ได้ยิน แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีท่าทีหวาดกลัวต่อเสียงหูแว่วจนควบคุมตนเองไม่ได้ ให้การพยาบาลด้วยการจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้ป่วย

5. ให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วย (present reality) เกี่ยวกับอาการหูแว่วที่ได้ยินด้วยท่าทีที่มั่นคง สุภาพ เป็นมิตร ไม่ตำหนิ และไม่ควรแสดงท่าทีเห็นด้วยกับเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน เช่น “ดิฉันเชื่อว่าคุณได้ยินเสียงนั้นจริง แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงนั้น” อันเป็นการบอกความจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึกของผู้ป่วย

6. แนะนำการจัดการกับอาการหูแว่วให้กับผู้ป่วย เช่น

6.1 การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การอ่านหนังสือออกเสียงจับใจความสำคัญของเรื่องที่อ่าน การฟังเพลงและร้องเพลง การพูดคุยกับบุคคลอื่น

6.2 การใช้เทคนิคพูดกับตนเอง เช่น ไล่เสียง หรือการบอกกับตนเองว่าเสียงที่ได้ยินนั้นเป็นอาการไม่ใช่เรื่องจริง

6.3 การเพิกเฉยไม่สนใจเสียงหูแว่วที่ได้ยิน

7. ให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการหูแว่วลดลง
2. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการอาการหูแว่วที่ตนเองใช้ คือ การไล่เสียง การฟังเพลง
3. ผู้ป่วยและบุคคลอื่นไม่ได้รับอันตรายจากอาการหูแว่ว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล:

2. มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้านเนื่องจากวิธีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยใช้สารเสพติด คือ บุหรี่และสุรา ร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (กาแฟ)

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทในระยะเวลา 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด
3. ผู้ป่วยไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน

กิจกรรมการพยาบาล มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. วางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ปกติหรือใกล้เคียงก่อนการเจ็บป่วย ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยใช้หลัก D-METHOD[29] ดังนี้

1.1 ภาวะเจ็บป่วย (D = disease) การทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ สรุปเนื้อหาได้ดังนี้ “อาการหูแว่ว นอนไม่หลับกลางคืนที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟ สิ่งเหล่านี้ส่งผลของต่อสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติไป ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้จำเป็นต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดการกลับเป็นซ้ำได้หากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องร่วมกับมีการใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เพราะมีผลทำให้การออกฤทธิ์ของยาลดลง”

1.2 ยา (M = medicine) เน้นย้ำการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา รวมทั้งและสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา

1.3 สิ่งแวดล้อม (E = environment) ให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมด้านสถานที่และบรรยากาศให้น่าอยู่อาศัย อบอุ่น และปลอดภัย รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมที่เป็นบุคคล ครอบครัวและสังคม ให้อบอุ่น เป็นมิตร ยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่แสดงท่าทีรังเกียจผู้ป่วย รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวและสังคม เพื่อป้องกันความเครียด และภาวะถดถอยทางสังคม

1.4 การรักษา (T = treatment) แนะนำให้ญาติและผู้ป่วยทราบรูปแบบการรักษา รวมทั้งการใช้ยาและวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค

1.5 สุขภาพ (H = health) ให้คำแนะนำเรื่องวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองด้วยวิธีการที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายตามที่ผู้ป่วยชอบและสนใจ รวมทั้งการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.6 การมาตรวจตามนัด/การติดต่อขอความช่วยเหลือ (O = outpatient referral) เน้นย้ำการมาตรวจและรับยาตามนัด รวมทั้งสังเกตอาการเตือนของอาการทางจิตกำเริบ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด เป็นต้น ซึ่งควรไปพบแพทย์ทันที ตลอดจนการขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน

1.7 อาหาร (D = diet) แนะนำการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารครบทุกมื้อ และตรงเวลา รวมทั้งดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และคาเฟอีน

2. การฝึกทักษะการปฏิเสธให้กับผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยถูกชักชวนจากคนในชุมชนหรือเพื่อน[30] โดยการให้ผู้ป่วยคิดถึงผลที่จะตามมาหากไม่กล้าปฏิเสธ จะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง ตัวอย่างคำพูดเช่น “เราเลิกดื่มแอลกอฮอล์แล้ว เราไม่ต้องการกลับไปนอนโรงพยาบาลอีก”

3. การเตรียมครอบครัว และเตรียมชุมชน เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน[10] โดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จะเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบลดลง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ไม่รู้สึกเป็นภาระของครอบครัวอีกด้วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจัดยารับประทานได้เอง กินยาถูกต้อง
2. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ใช้สารเสพติดทุกชนิด
3. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ดื่มเครื่องเครื่องดื่มชูกำลัง และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน

การประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในการดูแลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทรายนี้

เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยรายนี้แยกตามองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำไปด้วย ทำให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพจิตไม่ดี คือ เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรายนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้าน จะช่วยให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทได้ โดยผู้เขียนขอเสนอแนะเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วยรายนี้ ไว้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

รายการ/องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต	ด้านความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต
พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือมารดา	ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการทางจิตไม่ต่อเนื่อง ไม่มาตรวจตามนัด รวมถึงใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกับดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน	1. ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด และไม่รับประทานยารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง 2. มารดาไปขอน้ำมนต์จากวัดใกล้บ้านมาให้ผู้ป่วยดื่ม และอาบน้ำ	ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการความเครียดโดยใช้สารเสพติด (สุรา และบุหรี่) รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน และเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่เล่าปัญหาให้ใครฟัง
การวิเคราะห์ปัญหา	ผู้ป่วยรายนี้ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง และต้องไปตรวจตามนัดถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง	1. มารดาไม่ได้พาผู้ป่วยมารับการรักษาในตอนแรก เนื่องจากไม่เชื่อว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิต 2. ผู้ป่วยรายนี้มีความเชื่อว่าถ้าอาการดีขึ้นแล้วก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อ และไม่ต้องมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ไม่ถูกต้อง	ผู้ป่วยรายนี้รับรู้ถึงความเครียดที่เกิดขึ้นแต่ใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม จึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต ทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ถูกต้อง
แนวทางการแก้ไข	1. การส่งเสริมให้กรณีศึกษาและญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท เช่น หูแว่ว ภาพหลอน เป็นต้น ครอบคลุมถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นที่จะนำมาสู่การกำเริบของโรคจิตเภท เช่น การใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ความเครียด การไม่รับประทานยา เป็นต้น 2. การสอนวิธีการจัดการความเครียดให้กรณีศึกษา เพื่อให้กรณีศึกษาสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการทางจิตอย่างสม่ำเสมอ อาจให้มารดาช่วยจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน รวมทั้งการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยา เพื่อป้องกันไม่ให้อาการทางจิตกำเริบส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ตลอดจนการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง	อธิบายให้มารดาเข้าใจว่าความเชื่อว่าปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้เกิดจากภูตผีปรากฏการณ์เหนือธรรมชาติ การสาปแช่งด้วยคาถาอาคม หรือสิ่งลี้ลับ แต่เกิดจากสารเคมีในสมองที่ไม่สมดุล โดยสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ รวมถึงการใช้สารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ความเครียด เป็นต้น ซึ่งหากกรณีศึกษาและญาติผู้ดูแลมีความเชื่อที่ถูกต้องจะสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที เพื่อลดความรุนแรงของอาการได้	1. การให้กรณีศึกษาและญาติผู้ดูแลสังเกตอาการผิดปกติที่อาจนำไปสู่การกำเริบของอาการทางจิต เช่น เครียด นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ พูดคนเดียว หงุดหงิดง่าย เป็นต้น หากกรณีศึกษาและญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงอาการดังกล่าว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น 2. การฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้กรณีศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้อาการทางจิตกำเริบ เช่น การออกกำลังกาย การพูดระบายกับมารดา เพื่อนสนิท หรือบุคคลที่ไว้ใจ เป็นต้น แต่ให้หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และคาเฟอีน 3. การแนะนำแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดความเครียดแก่กรณีศึกษาและญาติผู้ดูแล เช่น สายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 หรือบุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น

สรุป

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งจะปรากฏอาการใน 2 กลุ่มอาการเด่นๆ คือ กลุ่มอาการทางบวก เช่น หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น และกลุ่มอาการทางลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย การเคลื่อนไหวช้า เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ สามารถประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการ อีกทั้งการเตรียมครอบครัวและชุมชนย่อมมีความสำคัญภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งจำเป็นจะต้องเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้กับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเป้าหมายสูงสุดคือการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำ ลดความรู้สึกเป็นตราบาปในชีวิต สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ และใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.*
2. *McGrath J, Saha S, Chant D, Welham, J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiol Rev 2008;30:67-76.*
3. *Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubzda A, Olajossy M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. Ann Agric Environ Med 2018;25(1):50-5.*
4. *Kahn RS, Keefe RS. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. JAMA Psychiatry 2013;70(10):1107-12.*
5. *Xiao J, Mi W, Li L, Shi Y, Zhang H. High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: results from an observational survey in the People's Republic of China. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015;11:1161-7.*
6. *Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year follow up of a Dutch incidence cohort. Schizophr Bull. 1998;24:75-85.*
7. *Anekwit N. Relapse Rate of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in Patients at Mahasarakham Hospital. Journal of the Department of Medical 2019;43(5):35-9. Thai*
8. *Wongsin N, Yunibhand J, Suktrakul S. Discriminant analysis of relapse and non-relapse in Thai muslim schizophrenic patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2012;27(3):87-100. Thai*
9. *Stithyudhakarn S. Relapse in Persons with Chronic Schizophrenia: Situation and Prevention. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2016;28(3):1-15. Thai*
10. *Thiensan T. Psychiatric and Mental Health Nurses with the Roles of Family Preparedness of Schizophrenic Patients Care in the Community. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2018;30(2):1-15. Thai*
11. *Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger D, Cannon TD, et al. Schizophrenia. Nat Rev Dis Primers. 2015; 1:15067.*
12. *Fatani BZ, Aldawod R, Alhawaj A, Alsadah S, Slais FR, Alyaseen EN et al. Schizophrenia: Etiology, Pathophysiology and Management-A Review. The Egyptian Journal of Hospital Medicine. 2017;69(6): 2640-6.*
13. *Iritani S. What Happens in the brain of schizophrenia patients?: An investigation from the viewpoint of neuropathology. Nagoya J Med Sci. 2013;75(1-2):11-28.*
14. *Cardoso IL, Silva J. Genetic and Environmental Factors Involved in Schizophrenia Development. EC Neurology. 2018;10(5)399-411.*
15. *Schwartz TL, Sachdeva S, Stahl SM. Glutamate neurocircuitry: theoretical underpinnings in Schizophrenia. Front Pharmacol. 2012;3(195): [11P].*
16. *Khamker N. First episode schizophrenia. South African Family Practice. 2015;57:29-33.*
17. *Gaebel W, Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. Psychiatry Clin Neurosci. 2015;69(11):661-73.*
18. *Choorat N. The Study of Causes and Ways to Prevent a Recurrence of Schizophrenic Patients in The Community of Pi-leng District Health Care Promoting Hospitals which Experiencing Unrest Situation in the Southern Provinces of Thailand. Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences 2016;3(1):24-36. Thai*
19. *Lohacheewa S, Sitthimongkol Y, Sirapo-ngam Y, Viwatwongkasem C. Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. Pacific Rim Int J Nurs Res 2016;20(3):183-95. Thai*
20. *Winahyu KM, Hemchayat M, Charoensuk S. The Relationships between Health Status, Perceived Control of Symptoms, Caregiver Burden, Perceived Social Support and Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Schizophrenia in Indonesia. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center. 2015;32(1):44-57. Thai*
21. *Johnson K, Vanderhoef D. Psychiatric-Mental Health Nurse Practitioner Review and Resource Manual. 4th ed. Silver Spring, MD: American Nurse Association; 2016.*
22. *Baldwin ML. Beyond Schizophrenia: Living and Working with a Serious Mental Illness. London: Rowman & Littlefield; 2016.*

23. *Castle DJ, Buckley PF. Schizophrenia. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.*
24. *Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. Aust N Z J Psychiatry. 2006;40(1):3-5.*
25. *Jorm AF. Mental health literacy: empowerment the community to take action for better mental health. Am Psychol 2012;67(3):231-43.*
26. *Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust. 1997;166(4):182-6.*
27. *Hutchinson K. Psychiatric-Mental Health Nursing Review and Resource Manual. 5th ed. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2015.*
28. *Kiatwuthinon W, Limchy R, Kerdpongbunchote, Kittimarskun W. Effectiveness of symptom management program with characteristics and severity auditory hallucination and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 2008;2(2):1-12. Thai*
29. *Jiebna V. Psychiatric Nursing. Bangkok: Thai Red Cross Institute of Nursing; 2013.*
30. *Kamonrat J, Dangdomyouth P. The effect of self-control with family participation program on alcohol drinking behaviors of alcohol dependence. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019;33(2):47-60. Thai*