

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เป็นโรคที่มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป (Sadock & Sadock, 2000) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต ปี 2546 พบความชุกของโรคจิตเภทเท่ากับร้อยละ 0.59 ของประชากรไทย (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2547)

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึกตัวและเชาวน์ปัญญาปกติ (World Health Organization, 1992) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ และขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง มีความบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่การงาน รวมทั้งสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542) ในบางครั้งอาจเกิดพฤติกรรมหรืออาการกำเริบ ได้แก่ การเอะอะ อาละวาด ทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันของตัวเอง แยกตัว การดำเนินโรคเป็นทั้งแบบเรื้อรังและรุนแรงโดยอาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้แล้วโอกาสหายขาดน้อยหรือไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัวต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม เกิดผลกระทบในหลายๆ ด้าน อันได้แก่ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เนื่องจากคนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นอันตราย ก้าวร้าว เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตมาก่อนจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัว รังเกียจ ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วย จึงพยายามหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยด้วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และมักเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวมักเป็นไปในทางลบ เกิดการหย่าร้างได้บ่อย (เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์ และคณะ, 2539) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ ธนะแก้ว (2548) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคจิตเภทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.96 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของบุคคลทั่วไป ที่มีค่าเท่ากับ 90.0

เป็นที่ยอมรับว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม พยาธิสรีรวิทยา หรือความผิดปกติของโครงสร้างสมอง แต่แนวคิดที่ยอมรับกันใน

ปัจจุบัน เชื่อว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดัน บางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเกิดจาก ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน จากสาเหตุโรคจิตเภทที่มาจากหลาย ๆ ปัจจัย ประกอบกันรูปแบบการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ใช้กันเป็นส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาแบบ ผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และอาชีวบำบัด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคจิตเภทออกมาดี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) แม้ว่าการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะประกอบด้วยวิธีการหลาย ๆ อย่าง แต่การรักษา ด้วยยาดูว่าเป็นการรักษาหลักของโรคนี้ หลักในการรักษาแบ่งตามระยะอาการของผู้ป่วย กล่าวคือ ระยะแรกเป็นระยะอาการทางจิตกำเริบจะเน้นการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตเพื่อลดความรุนแรงของ อาการทางจิต และอาจรักษา ร่วมกับการรักษาด้วยไฟฟ้า เมื่ออาการเข้าสู่ระยะอาการทุเลาก็ยังต้อง รักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตให้คงที่ไม่ให้กำเริบร่วมกับการบำบัดรักษา ด้านจิตสังคมและ สิ่งแวดล้อม จนกระทั่งเข้าสู่ระยะอาการคงที่ ผู้ป่วยยังต้องรักษาด้วยยาแต่ในขนาดที่ต่ำที่สุดที่ สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ การรักษาในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงนับได้ว่าการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาหลักและใช้มากที่สุดในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้เชื่อว่า ยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคนี้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้อง รับประทานอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการทางจิต ประคับประคองให้เกิดผลการรักษาที่ดีใน ระยะยาวและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (National Institute of Mental Health [NIMH], 1999; American Psychiatric Association, 2000; Sadock & Sadock, 2000)

จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) ของประเทศไทย ที่มีมาตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2543 ที่มุ่งหวังว่าผลของการปฏิรูปจะก่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ โดยเน้นการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ส่งผลให้นโยบายในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเปลี่ยนแปลงไป ระบบบริการมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐานและมีความ ต่อเนื่องสอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ที่เน้นให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะถูกปรับไว้ รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้นโดยเฉลี่ย 2 สัปดาห์ ในขณะที่การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะ อาการทางจิตกำเริบจะใช้เวลารักษาประมาณ 2-3 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) ฉะนั้นการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเป็นการรักษาในระยะแรก ที่เป็นระยะอาการทางจิตกำเริบ เน้นการบรรเทาอาการทางจิตเป็นสำคัญ เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมี อาการทางจิตสงบ ก่อนถูกจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาและฟื้นฟูการใช้ทักษะต่าง ๆ ที่เป็นพื้นฐานของการใช้ชีวิต เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การเข้าสังคม

การแสดงออกทางอารมณ์ การรับประทานยา เป็นต้น ร่วมกับการเตรียมและการให้ความรู้แก่ญาติหรือครอบครัวในการดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะถูกจัดการแบบเบ็ดเสร็จ ในระยะเวลาที่จำกัดเพียง 2 สัปดาห์ที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่การดูแลของครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นระยะที่สองของการรักษาคือระยะอาการทางจิตดูแล การรักษาระยะนี้ยังคงต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการและให้เกิดผลการรักษาระยะยาว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจำเป็นต้องมี การบูรณาการการบำบัดด้วยวิธีอื่น ซึ่งได้แก่การทำจิตสังคมบำบัด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมี ศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนได้อย่างปกติและทำหน้าที่ ต่าง ๆ ได้ในระดับที่มีอยู่ก่อนจะเกิดอาการ

การทำจิตสังคมบำบัดในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทในระยะที่สองของการรักษา จำเป็นต้องใช้ บุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช แต่สถานการณ์จริงในปัจจุบันทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีบุคลากรเฉพาะทางด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชเพียงพอในการให้การบำบัดด้านจิตสังคมจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2548 พบว่าทั้งประเทศมีจำนวนพยาบาลจิตเวช 1,868 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร ทั้งหมด 1: 33,414 ในขณะที่อัตราของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเป็น 0.57 คิดเป็นสัดส่วนของ พยาบาลจิตเวชต่อประชากรโรคจิต 1: 191 จากสถานการณ์ดังกล่าวโอกาสที่พยาบาลจิตเวชจะทำ จิตสังคมบำบัดในผู้ป่วยโรคจิตเมื่ออาการทุเลาจึงน้อยมาก ทำนองเดียวกันโอกาสที่พยาบาลจิตเวช จะทำจิตสังคมบำบัดกับผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะอาการทุเลาจึงน้อยลงไปเช่นกัน เมื่อผู้ที่ เป็นโรค จิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยกันเอง ต่อที่บ้าน โดยจะพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาและรับยาตามที่โรงพยาบาลเป็นผู้นัดอย่างต่อเนื่อง ทุก 1-2 เดือนตามสภาพอาการของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะที่สองในแต่ละ โรงพยาบาลจะแตกต่างกันไปตามแผนการดูแล เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การสอน การให้ คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล การช่วยเหลือแก้ไขปัญหา เฉพาะเรื่องที่เป็นปัญหาปัจจุบัน ได้แก่ การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นต้น แม้ว่าการให้ การพยาบาลตามปกติในโรงพยาบาลบางแห่งจะมีการทำจิตสังคมบำบัด แต่ยังไม่มีการทำเป็นระบบ ไม่เป็นไปตามขั้นตอน และมักทำตามโอกาส ไม่มีความคงที่สม่ำเสมอ และไม่ครอบคลุม (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545; พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักของการทำจิตสังคมบำบัด ที่ผู้ป่วยจะต้องมารับการบำบัดเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง จากการที่ยาจะเข้าไปทำให้อาการทางจิต ของผู้ป่วยทุเลาลงแต่การรับประทานยาไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ในความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยพบว่า หลังรับประทานยาอาการทางจิตหายไป ร่างกายปกติดี ไม่มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน ทำให้คิดว่า

ตัวเองหายจากการเจ็บป่วยแล้วก็อาจจะหยุดรับประทานยาเอง แต่การทำจิตสังคมบำบัดจะช่วยทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทเกิดการรับรู้ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของอาการทางจิตที่หายไป ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระยะที่สองนี้จะนานประมาณ 6 เดือนหลังรักษาหรือบางรายอาจนานกว่านี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ระยะนี้ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยก็จะผ่านเข้าสู่ระยะที่สามของการรักษาคือระยะอาการคงที่ สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีอาการกำเริบซ้ำ แต่ถ้าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะทุเลาล้มเหลว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีโอกาสกลับเข้าไปสู่ระยะอาการกำเริบใหม่ได้ จากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การดูแลที่สำคัญจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยผ่านระยะที่สองของการรักษาเข้าสู่ระยะที่สามคือระยะอาการคงที่ให้ได้สามารถประทับครองตัวเองอยู่ระยะนี้ไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการกลับเป็นซ้ำ

การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมอย่างมาก ต่อตัวผู้ป่วยเองการกำเริบซ้ำจะทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง พัฒนาการทางด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามวัย และถ้าป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น ด้านครอบครัวที่พบมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระ มีความวิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วย อาจมีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกัน เกิดความตึงเครียด ที่ต้องอดทนต่อสภาพความเจ็บป่วยและอารมณ์ของผู้ป่วยจนทำให้เสียงานหรือเสียสุขภาพจิตได้ อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องกลับมาเริ่มต้นรักษาใหม่ จะทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น ยากต่อการรักษา ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมีผลกระทบต่อภาวะทางการเงิน และญาติต้องเสียเวลาในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน ผลกระทบทางสังคม จากสภาพความเจ็บป่วยและจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเองทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องประสบปัญหาเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปจะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่อยากพูดคุยด้วย หลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็นว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ขาดอิสรภาพในการตัดสินใจ บางรายถูกทอดทิ้งต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ต้องประสบปัญหาในเรื่องการหาที่พักอาศัย การหางานทำ ไม่มีคนจ้างงาน หรือบางครั้งจ้างโดยให้ค่าจ้างต่ำกว่ามาตรฐาน (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2540; สมภพ เรืองตระกูล, 2545; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

ปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากขาดความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา มีรายงานว่าความร่วมมือ

ในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเฉลี่ย 13.3 เดือนของการรักษา ความร่วมมือสูงสุดคือภายใน 6 เดือนของการรักษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 50 ของการป่วยปีแรก และเหลือเพียง ร้อยละ 15 ในปีที่ 2 (Ruscher et al., n.d. อ้างถึงใน ราตรี อินทรีย์, 2541) สาเหตุความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มักพบเป็นส่วนใหญ่มาจากคิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่ต้องการรับประทานยาทุกวันและไม่อยากรับประทานยา รวมทั้งไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าตนเองรับประทานยา รักษาอาการทางจิตอยู่ (ราตรี อินทรีย์, 2541; สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อในความคิดดังกล่าวข้างต้นจะไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อด้วยการอธิบายด้วยเหตุผลธรรมดาได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) การนำการบำบัดทางจิตมาใช้กับผู้ที่เป็โรคจิตเภทจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และตระหนักในความเจ็บป่วยของตนจนเกิดความร่วมมือในการรักษาทางยา

เมื่อเจ็บป่วยบุคคลทั่วไปจะรับรู้ถึงความจำเป็นของการรักษาเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตและความปกติสุขของตัวเอง การรักษาที่บุคคลทั่วไปจะได้รับอาจมีตั้งแต่การรับประทานยารักษาโรคจนถึงการผ่าตัดเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตด้วยความยินดีที่จะรับการรักษานั้น ๆ แม้ว่าจะต้องเสี่ยงหรือต้องแลกกับความเจ็บปวด เมื่อได้รับการรักษาจนอาการเจ็บป่วยดีขึ้นแล้ว ก็หยุดการรักษาได้ ยกเว้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (Lack of Insight) เมื่อได้รับการรักษาจนอาการทางจิตหายไป เช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน นอนไม่หลับ กลับมามีอาการทั่วไปเหมือนคนปกติ รับประทานอาหารได้ นอนหลับพักผ่อนได้ ผู้ป่วยก็มีโอกาสที่จะเข้าใจได้ว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยเหมือนกับผู้ป่วยโรคทางกายอื่น ๆ ได้ จนทำให้ไม่รักษาต่อหรือหยุดรับประทานยา แต่จากรายงานการวิจัยทางคลินิกและศาสตร์ทางการแพทย์พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมอง ที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านอาการทางจิตเข้าไปช่วยแก้ไข การทำหน้าที่ของสมองเพื่อการปรับสมดุลของสารสื่อประสาท และ จำเป็นต้องได้รับยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ยารักษาสมดุลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการคงสภาพไม่ให้อาการทางจิตกำเริบนี้ยังไม่มีคำตอบที่สรุปชัดเจน และจะมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี หลังจากที่มีผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตเป็นครั้งแรก หากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบครั้งที่สองมักต้องให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปีหรือตลอดชีวิต (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) การรับรู้ในสิ่งที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสัมผัสได้จึงเป็นความขัดแย้งกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ในเรื่องการหายของโรคจิตเภท

จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ภาวะสุขภาพพิจารณาได้จากความสอดคล้องกลมกลืนภายในของกาย จิต และจิตวิญญาณ ความสอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตนที่ได้จากการรับรู้และจากประสบการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Congruence Between the Self as Perceived and the Self as Experienced) ทำให้บุคคลพร้อมที่จะเปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มองเห็นความเป็นไปได้ที่หลากหลายในการเป็นและอยู่กับสถานการณ์และความจริงนั้น ๆ ในทางตรงกันข้ามความไม่กลมกลืน ทำให้บุคคลมักจะติดอยู่กับการรับรู้ของตน มีความจำกัดในความพร้อมรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีความจำกัดในการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ ความไม่กลมกลืนดังกล่าวจะนำไปสู่ความเจ็บป่วย และอาจนำไปสู่การเกิดโรคได้ในที่สุด (Watson, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2549) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ขาดการตระหนักรู้ เข้าใจว่าตนเองหายแล้ว เป็นอาการที่แสดงถึงความไม่สอดคล้องกันของการรับรู้กับสภาพความเป็นจริงของการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการช่วยเหลือ ให้เกิดการรับรู้หรือการยอมรับที่สอดคล้องกับความเป็นจริง

โรงพยาบาลตากลิ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง

เปิดให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในรูปแบบของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชครบวงจรแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 จนถึงปัจจุบันให้บริการผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในระยะที่สองของการรักษาที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิเมื่ออาการทางจิตทุเลาเพื่อให้กลับมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชน รูปแบบการให้บริการในปัจจุบันเป็นการให้บริการแบบองค์รวม มีการประเมินอาการผู้ป่วยโรคจิตเภททุกครั้งที่มาใช้บริการและให้การพยาบาลตามปัญหาอาการที่พบโดยการให้คำแนะนำและตอบข้อซักถาม รวมทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

จากข้อมูลผู้รับบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลตากลิตั้งแต่

ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาใช้บริการทั้งหมด 260 ราย จากการศึกษาประวัติผู้ป่วยแต่ละรายพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องตามนัด 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.7 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบจากการขาดการรักษาจนต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิถึง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด และจากระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักให้เหตุผลของการไม่มารับการรักษาต่อเนื่องตามนัดว่าตัวเองหายดีแล้ว สามารถทำงานได้ ไม่มีอาการทางจิตใด ๆ ที่แสดงว่าเจ็บป่วย เช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน หรืออาการนอนไม่หลับหายไป จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อจึงหยุดรับประทานยาและไม่ไปรักษาตามนัด ต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ

เมื่อไหร่จึงจะมารับการรักษาใหม่ (โรงพยาบาลตากลิ, 2549)

จากปัญหาดังกล่าวแม้ว่าจะมีผู้ป่วยเป็นส่วนน้อยที่เกิดการกำเริบจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องก็ตาม แต่เป็นที่ตระหนักกว่าเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากการเกิดอาการกำเริบแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลตากลิ รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ตระหนักในปัญหาที่พบจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันมาใช้ในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความกลมกลืนกันระหว่างการรับรู้กับสภาพความเป็นจริงของการเจ็บป่วยด้วยการเปลี่ยนวิธีการมองหรือรับรู้สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยใช้การปรับเปลี่ยนมุมมองปัญหาความเจ็บป่วยซึ่งเป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออก ที่ริเริ่ม โดยเดอ เซสเซอร์ (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) แนวคิดการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออก (Solution-Focused Brief Psychotherapy) เชื่อว่าผู้ป่วยมีศักยภาพและทรัพยากรที่จำเป็นของตนเองในการจัดการสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัดที่ต้องการให้เกิดขึ้นคือการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ความเจ็บป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริง เทคนิคที่นำมาใช้ คือเทคนิคการทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalizing) เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้หรือรับรู้ว่าการรับประทานยาต้านอาการทางจิตเป็นเรื่องธรรมดาไม่แตกต่างจากผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังโรคอื่นที่ต้องรับประทานยา เทคนิคการพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกรอบความคิดทางบวก เทคนิคการใช้คำถามประเมินค่า (Scaling Questions) เพื่อประเมินความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตัวเองในการหาทางออก และเทคนิคการให้การบ้าน (Homework) ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ทดลองใช้ศักยภาพในการดูแลตนเอง ในสถานการณ์ที่เป็นจริง ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้วิธีการที่เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลตัวเองได้ต่อไปในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตมีคะแนนความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิตสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภท มีทัศนคติทางบวกต่อการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
2. ด้านการวิจัย นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ ไปทำการทดลองหรือประยุกต์ใช้ในผู้ที่เป็โรคจิตเภทกลุ่มอื่นๆ ได้

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)
2. ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลตากลิ จังหวัดนครสวรรค์
3. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลตากลิ จังหวัดนครสวรรค์ ที่อยู่ในระยะที่ 2 ของการรักษา (ระยะอาการทุเลา) มีคะแนนประเมินระดับอาการทางจิตอยู่ระหว่าง 18-30 ซึ่งมีอาการทางจิตรุนแรงน้อย เป็นผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต และมีประวัติเคยขาดการรักษาทางยา มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ไม่เป็นโรคทางกายร้ายแรง สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง และมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย
 - 4.1 ตัวแปรอิสระ: การเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออก สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต
 - 4.2 ตัวแปรตาม: ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิต : ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อตกลงเบื้องต้น

โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลของผู้วิจัยในครั้งนี้เป็นโปรแกรมการบำบัดที่เน้นการหาทางออกโดยการปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต หัวใจสำคัญของการบำบัดที่เน้นการหาทางออก คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมตามศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ ให้พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น เป็นภาระแก่ผู้อื่นน้อยลง ธรรมชาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความคิดปกติในการรับรู้ โปรแกรมนี้จึงถูกออกแบบมาให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดพบกันสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 6 ครั้ง ต่อเนื่องกัน โดยเริ่มต้นที่การปรับการรับรู้ทั้งต่อการรักษาและการดำเนินชีวิต การทดลองใช้ศักยภาพในทางที่ก่อประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง การทำได้ด้วยตัวเองมากขึ้นจะค่อย ๆ ช่วยให้ผู้ป่วย มองเห็นประโยชน์ของการลงมือทำ และประโยชน์ของการทำอย่างต่อเนื่อง มาวัดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิตที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงถูกสร้างขึ้นมา บนความเชื่อว่าการตระหนักรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนมุมมองผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ต้องใช้แรงจูงใจและพันธะสัญญากับตนเองทั้งของผู้บำบัดและผู้ป่วยอย่างสอดคล้องกลมกลืนกันเป็นหนึ่งเดียว ดังนั้นความคาดหวังในผลการบำบัดจึงต้องอาศัยสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การลงมือปฏิบัติจริงตามการบ้านที่ร่วมกันกำหนดในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้บำบัด ไม่มีวิธีอื่นใดที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอได้ นอกจากการส่งเสริมแรงจูงใจและพันธะสัญญาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ป่วยโรคจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder Fourth Edition: DSM-IV) มารับการตรวจรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลดาคิลีแบบผู้ป่วยนอก อยู่ในระยะอาการทางจิตทุเลา
2. **โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตโรคเภท** ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต หมายถึง โปรแกรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความเจ็บป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงตามสภาพของโรคด้วยการปรับเปลี่ยนมุมมองความเจ็บป่วยซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออกที่ริเริ่ม โดย เดอ เซสเซอร์ (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) และพัฒนาให้เป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับ

การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน ประกอบด้วยการบำบัดจำนวน 6 ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลาการบำบัดประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นการบำบัดรายบุคคล กิจกรรมการบำบัด 6 สัปดาห์ คือ

สัปดาห์ที่ 1 ตกลงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม และสำรวจกรอบความคิดปัจจุบันของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษา

สัปดาห์ที่ 2 ปรับมุมมองความเจ็บป่วย ในเรื่องความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของชีวิตและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Normalizing)

สัปดาห์ที่ 3 สร้างกรอบความคิดใหม่เพื่อความสะดวกคล่องตัวของการรับรู้กับความเป็นจริง (Reframing)

สัปดาห์ที่ 4 กรอบความคิดใหม่ที่สอดคล้องกลมกลืนกันของการรับรู้กับความเป็นจริงเพื่อการดำเนินชีวิต

สัปดาห์ที่ 5 การดำรงไว้ซึ่งกรอบความคิดใหม่ (Do More of What Works)

สัปดาห์ที่ 6 กรอบความคิดใหม่ กับ สุขภาพดีได้ด้วยตนเอง

3. ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต้านอาการทางจิต หมายถึง ความสามารถในการใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านการรับประทานยา และการดูแลตนเองด้านอื่น ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา ความคิดและการตัดสินใจ โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น หรือเป็นภาระต่อผู้อื่นน้อยที่สุด แสดงให้เห็นในรูปของกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การหยิบบารับประทานเองโดยไม่ต้องมีผู้อื่นเตือน การแสดงบทบาทในฐานะสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

4. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แสดงออกในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย

4.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แสดงออกในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเอง และการปฏิบัติตามแผนการรักษา

4.2 ความสามารถทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แสดงออกในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำต่อครอบครัวหรือสังคม ในเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทาง การเข้าสังคม และความสนใจสิ่งแวดล้อม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตมากที่สุด เนื่องจากเชื่อว่ายาต้านอาการทางจิตจะช่วยให้การทำงานของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โดปามีน (Dopamine) ให้สามารถทำงานได้อย่างสมดุล ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วย ไม่ให้กำเริบ และช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ เมื่อสารสื่อประสาทสมดุลจากการรับประทานยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามปกติสุข จากการศึกษา รายงานการร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าในปีแรกของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 50 และในปีที่ 2 เหลือผู้ป่วยเพียงร้อยละ 15 ที่ยังรับประทานยาอยู่ (Ruscher et al., n.d. อ้างถึงใน ราตรี อินทรีย์, 2541) ปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะในระยะที่สองของการรักษาหรือระยะอาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะคิดว่าตนเองหายจากความเจ็บป่วยแล้ว เนื่องจาก อาการทางจิต เช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น หายไป ผู้ป่วยจึงคิดว่าตนเองหายจากความเจ็บป่วย ซึ่งในความเป็นจริงยังมีการดำเนินของโรคอยู่ที่ยังจำเป็นต้องใช้ยาต้านอาการทางจิตเข้าไปรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ว่าคุณหายแล้วจึงทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิด ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันมาใช้ ที่เชื่อว่าภาวะสุขภาพจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสอดคล้อง กลมกลืนกันของกาย จิต และจิตวิญญาณ หรือความสอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตนที่ได้จากการรับรู้และสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออก (Solution-Focused Brief Therapy) ของ เดอ เซสเซอร์ (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) ที่เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยมีศักยภาพและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการจัดการกับสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ และค้นพบทางออกได้โดยไม่จำเป็นต้องค้นหาต้นเหตุของปัญหา ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด สร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยมีความเข้มแข็งเปลี่ยนวิธีการมองหรือรับรู้สถานการณ์ที่ทำให้ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สารสื่อประสาททำงานได้อย่างสมดุล ลดการกำเริบของอาการทางจิต ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมตามศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ และพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น