

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต โดยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท
3. การปฏิรูประบบการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
4. การบูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาลของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย

การปรับมุมมองที่เน้นการหาทางออก

5. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบมากที่สุดในบรรดาโรคจิตทั้งหมด ความชุกถึงร้อยละหนึ่งของประชากรทั่วไป (Sadock & Sadock, 2000) พบได้ในเพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน เพศชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าเพศหญิง และมักเริ่มเป็นตั้งแต่วัยหนุ่มสาวและวัยรุ่น ในเพศชายมักพบในช่วงอายุ 15-25 ปี และในเพศหญิงมักพบในช่วงอายุ 25-35 ปี โดยพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอายุระหว่าง 15-55 ปี มักพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่เป็นโรคนี้ จะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) พบว่าร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความคิดที่จะพยายามทำร้ายตัวเอง และพบ ร้อยละ 10 ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นบุคคลที่มีกลุ่มอาการผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้เป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ในขณะที่ความรู้สึกรู้ตัวและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการ และปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดหรือภาวะการเจ็บป่วยทางกาย (World Health Organization, 2001)

การเกิดโรคจิตเภท

สมมติฐานดั้งเดิมเชื่อว่าเป็นเรื่องของจิตใจแต่ความก้าวหน้าทางวิทยาการทำให้เกิดค้นเครื่องมือที่ทันสมัยสามารถตรวจวิเคราะห์หารายละเอียดทั้งในระดับโครงสร้างสมอง ระดับโมเลกุล เคมีชีวะ ตลอดจนการศึกษาเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามีหลายสมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทดังนี้

1. สมมติฐานด้านชีวภาพ (Biological Hypothesis)

1.1 พันธุกรรม (Genetic) ยังไม่มีผู้ใดบอกได้ว่าโรคจิตเภทมีสาเหตุมาจากยีนหรือโครโมโซมใด จากการศึกษพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสเป็นสูง ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคถึงร้อยละ 50 ส่วนฝาแฝดไข่คนละใบลดเหลือร้อยละ 15 เด็กที่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 15 ส่วนเด็กที่มีทั้งพ่อและแม่เป็นโรค ความเสี่ยงนั้นสูงถึงร้อยละ 35 เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชากรทั่วไป (ไพรัตน์ พฤษชาชาติคุณากร, 2534)

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical Factors)

สมมติฐานเดิมเชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน (Dopaminergic Hyperactivity) โดยเฉพาะในบริเวณ Mesolimbic และ Mesocortical Tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ Post-Synaptic Receptor เนื่องจากพบว่ายาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic Durge) นั้นออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง Dopamine Receptor Type2 ทำให้อาการทางจิตลดลง และพบว่ายาหรือสารที่เพิ่ม Dopaminergic Activity เช่น Amphetamine ทำให้เกิดอาการทางจิตได้

ทฤษฎีใหม่ สันนิษฐานว่า ในโรคจิตเภทมีความบกพร่องของโดปามีน ในบริเวณ Prefrontal Cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมี Dopamine Dysregulation ที่ Striatum โดยเกิดความผิดปกติของการปล่อยโดปามีน ทำให้เกิดอาการทางด้านบวก

นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า ในโรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่างซีโรโตนิน (Serotonin) กับ โดปามีน (Dopamine) ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ คือ คลอซาปีน (Clozapine) และ ริสเพอริโดน (Risperidone) มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptor มากกว่า Dopamine D2 Receptor โดยทั้ง คลอซาปีน (Clozapine) และ ริสเพอริโดน (Risperidone) มีฤทธิ์เป็นทั้ง Dopamine และ Serotonin Antagonist (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542; สันชัย วสุนธรา, 2547; Kaplan & Sadock, 1998)

1.3 ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Brain Structural Abnormalities) ซึ่งไม่ได้ทำให้เกิดโรคโดยตรงแต่เพิ่มโอกาสให้ป่วยง่ายขึ้นเมื่อได้รับความเครียด ส่วนของสมองที่เกี่ยวข้อง

กับโรคจิตเภท ได้แก่ Limbic System ในการศึกษาสมองผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่า สมองส่วน Limbic System ได้แก่ Amygdale Hippocampus และ Parahippocampal Gyrus มีขนาดเล็กกว่าปกติ นอกจากนี้ใน MRI Study (Magnatic Resonance Imagine) ยังพบการเรียงตัวของเซลล์ประสาทในบริเวณ Hippocampus ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ และมีการศึกษาบางการศึกษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งพบว่า Cerebral Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่นอย่างไรก็ตามลักษณะดังกล่าวยังพบได้ในโรคทางจิตเวชอื่นได้

2. สมมติฐานด้านจิตสังคม อธิบายการเกิดโรคจิตเภทโดยใช้ทฤษฎีต่าง ๆ ได้ดังนี้

2.1 ทฤษฎีพุทธิปัญญา (Cognitive Theory) เอรอน ที เบค (Beck, 1967 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2547) เชื่อว่าบุคคลมีกระแสดความคิดที่มีอิทธิพลต่อการกระทำ และบ่อยครั้งที่บุคคลไม่ให้ความสำคัญหรือไม่ให้ความสนใจกับกระแสดความคิดของตน หรือบุคคลอาจไม่รู้ตัวว่าการกระทำหรือการตัดสินใจของตนนั้นได้รับอิทธิพลมาจากกระแสดความคิดของตนเอง กระแสดความคิดนี้เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (Automatic Thoughts) บุคคลจะตระหนักในความคิดอัตโนมัติ น้อยมากแต่มีผลกระทบในอารมณ์ที่เป็นผลตามมา แนวคิดนี้เชื่อว่าปัญหาด้านจิตใจนั้น ค่อย ๆ ก่อร่างสร้างตัวมาจากกระบวนการที่มักเกิดขึ้นเป็นประจำ เช่น ความคิดที่ผิด การกระทำที่ไม่ถูกต้อง ที่มาจากการมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ความล้มเหลวในการแยกความแตกต่างระหว่างความจริงกับความเพ้อฝัน เบค เชื่อว่าบุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์มีแนวโน้มที่มีลักษณะของความคิดหรือการกระทำอย่างไม่สมเหตุสมผลที่นำไปสู่ทิศทางที่ไม่ขึ้นชมตนเอง (Toward Self-Deprecation) และการตั้งสมมติฐานหรือความคิดรวบยอดที่ผิด (Cognitive Distortion) ได้แก่ การสรุปที่ปราศจากข้อมูลสนับสนุนหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้อง การเลือกข้อมูลบางอย่างเพิกเฉยกับข้อมูลอื่น ๆ หรือ บริบทโดยรวม การพัฒนาความเชื่อจากเหตุการณ์เพียงอย่างเดียวแล้วนำไปใช้อย่างไม่เหมาะสมในเหตุการณ์คล้ายกัน การรับรู้ว่าสถานการณ์นั้น ๆ ว่ายิ่งใหญ่หรือมีความหมายน้อยกว่าความเป็นจริง การรับรู้ว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นมีความเชื่อมโยงหรือสัมพันธ์กับตนเอง แม้ว่าบางครั้งมองไม่เห็นว่ามีอะไรเกี่ยวข้องกันเลย การบอกตนเองว่ามีเอกลักษณ์จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในอดีต การคิดหรือการตีความแบบในลักษณะ 2 ขั้ว ถ้าไม่คำก็ต้องขาว จากทฤษฎีของเบค อธิบายการเกิดโรคจิตเภทได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมักมีอาการและพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสม และพบว่าสาเหตุของปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย อาจเกี่ยวข้องกับการประเมินรับรู้สถานการณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรู้คิดที่ไม่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ มีเนื้อหาของความคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนไปจากความเป็นจริง โดยมีโครงสร้างของความคิดสุดโต่งและเชื่อมโยงกับอาการทางจิตของเขา ผู้ป่วยมักจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือนอย่างเป็นระบบ มีลักษณะการ

อ้างอิงตามใจชอบ มีการเลือกสรุปข้อมูล มีการขยายความเกินกว่าที่ควรจะเป็น หรือมีการสรุปความมากเกินไป ความคิดบิดเบือนเหล่านี้เป็นลักษณะที่เกิดโดยอัตโนมัติ ควบคุมไม่ได้ ความคิดที่บิดเบือนไปจากโลกของความเป็นจริง จะมีผลแทรกแซงความสามารถในการเผชิญปัญหา ไม่สามารถตอบสนองต่อชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่สามารถจัดการแก้ไข และปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยนั้นให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมตรงตามความจริงได้ บุคคลจะเผชิญปัญหาอย่างไม่สร้างสรรค์ในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เกิดเป็นความเจ็บป่วยทางจิตขึ้นนอกจากนี้ เบค ยังเชื่อว่า ความรู้สึกและความคิดนั้นมีความสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากยิ่งขึ้น (Beck, 1971 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543; Beck, 1963 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญวรัชชัย, 2549; ดวงมณี จงรักษ์, 2549)

2.2 อธิบายการเกิดโรคจิตเภทตามแนวคิดของ สจิวต์ และลาเรีย (Stuart & Laraia, 2001) อธิบายว่า ในบุคคลคนหนึ่งมีปัจจัยพื้นฐานที่เป็นองค์ประกอบของบุคคล ได้แก่ ภายจิต และสังคม (Biological Psychological and Sociocultural Component) ที่ไม่สามารถแยกส่วนกันได้ ซึ่งเป็นเงื่อนไขตามธรรมชาติของบุคคลทุกคน ปัจจัยทางกาย ประกอบด้วย พันธุกรรม สารชีวเคมี ในสมอง โครงสร้างสมอง สภาพทางร่างกาย ด้านจิตใจประกอบด้วย ความสามารถในการคิด ความรู้สึกผิดชอบ บุคลิกลักษณะ ประสบการณ์ในอดีต แรงจูงใจ กลไกทางจิต และ ความมีอำนาจ ในการควบคุมตนเอง องค์ประกอบทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การประกอบอาชีพ ตำแหน่งทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อ ความผูกพัน ฐานะทางสังคม ปัจจัยที่นำไปสู่การมีคุณค่าทางสังคมของบุคคล ในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไปบุคคลมีโอกาที่จะเจอเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตที่เป็นตัวสนับสนุนให้เกิดความกดดัน (Stresses) โดยบุคคลต้องใช้พลังงานอย่างมากในการที่จะปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความกดดันทั้งภายในจิตใจตนเอง และภายนอกจากสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นต้องเผชิญอยู่ ให้กลับสู่ภาวะสมดุล การปรับตัวจะมีผลลัพธ์เป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับความเป็นธรรมชาติของสิ่งนั้น ลักษณะ ชนิดความรุนแรงของความกดดันนั้นเกิดจากอะไร เกิดช่วงเวลาใด และจำนวนครั้งของการเกิดสิ่งคุกคาม หลังจากนั้นบุคคลจะประเมินค่าสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีผลอย่างไรต่อตัวเอง สิ่งที่จะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นประเมินค่าอย่างไร ได้แก่ ความคิด สภาวะอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ การตอบสนองทางร่างกาย พฤติกรรม และทางสังคม ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นบุคคลมีการใช้แหล่งสนับสนุน ได้แก่ ความสามารถส่วนบุคคล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทรัพยากรสมบัติ ความเชื่อทางบวก บุคคลจะดึงสิ่งเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ถ้าบุคคลมีการปรับตัวหรือจัดการได้อย่างเหมาะสม ก็จะนำไปสู่การปรับตัวได้โดยมีการใช้กลไกป้องกันทางจิตหรือการถดถอยของ

จิตใจโดยที่เจ้าตัวไม่รู้ตัวในระดับที่น้อยที่สุด มีการคิด การรับรู้ปกติ มีพฤติกรรมที่เหมาะสม อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ไม่เกิดปัญหาหรืออาการของโรคทางจิตเวชขึ้น ถ้าบุคคลจัดการได้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ มีการใช้กลไกทางจิตมากกว่าปกติอาจมีอาการทางประสาท ได้แก่ อาการย้ำคิด ย้ำทำ การตอบสนองทางอารมณ์ที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป การแสดงพฤติกรรมที่แปลกจากปกติ หรือการแยกตัวจากผู้อื่น และถ้าบุคคลที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีการจัดการที่ล้มเหลวหรือไม่สามารถปรับตัวได้ มีการใช้กลไกทางจิตที่มากกว่า นำไปสู่การคิดที่ผิดปกติ มีอาการประสาทหลอน หลงผิดมีอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติ แยกตัวจากสังคม ซึ่งเป็นลักษณะอาการทางจิต

จากสมมติฐานดังกล่าว อธิบายการเกิดโรคจิตเภทตามโมเดลนี้ได้ว่าบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทอาจมีปัจจัยพื้นฐานที่เป็นองค์ประกอบของบุคคลที่ไม่แข็งแรง ปัจจัยทางกาย ได้แก่ พันธุกรรม โครงสร้างของสมองผิดปกติ ทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง มีการดำเนินวิถีการปฏิบัติทางที่ไม่เป็นมิตร หรืออยู่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากเกินไป หรือครอบครัวที่เลี้ยงดูเด็กแบบเข้มงวดกดขี่หรือปล่อยปละละเลย และสภาพทางเศรษฐกิจต่ำ ปัจจัยเสี่ยงที่พบในบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทจะแตกต่างกันในแต่ละคน เมื่อพบความกดดัน (Stress) ซึ่งอาจเป็นความกดดันทางชีวภาพ เช่น การเจ็บป่วย การได้รับพิษของสิ่งเสพติดบางอย่าง หรือได้รับเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ทางด้านจิตวิทยาหรือสังคม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความผิดหวังเรื่องการเรียน ความรัก ตำแหน่งหน้าที่การงาน เงินทอง ชื่อเสียง หรือปัญหาในครอบครัว ตกงาน เป็นต้น บุคคลนั้นจะมีการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น ถ้าไม่สามารถประเมินได้สอดคล้องตามความเป็นจริง ไม่สามารถใช้แหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือ หรือมีแต่ไม่เข้มแข็งพอ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ มีความล้มเหลวในการปรับตัว ใช้กลไกทางจิตชนิดไม่เหมาะสมมากกว่าปกติจนเกิดเป็นความผิดปกติของกระบวนการคิด หลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมแปลกประหลาด แยกตัวจากสังคม ซึ่งเป็นอาการของโรคจิตเภท (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวนิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุกนิษฐ์, 2548)

2.3 จากมุมมองแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ วัตสัน (Watson, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) ได้ให้คำอธิบายไว้ว่า ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัตสัน เชื่อว่ามนุษย์หรือบุคคลไม่ใช่แค่เป็นส่วนหนึ่งของอวัยวะต่าง ๆ ที่รวมเข้ากันเป็นตัวเป็นตน แต่มนุษย์มีองค์ประกอบ คือ กาย จิต และจิตวิญญาณ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ภาวะสุขภาพ (Health) พิจารณาได้จากความสอดคล้องกลมกลืนของกาย จิต และวิญญาณ (Harmony within the Mind Body and Soul) ความสอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตนที่ได้จากประสบการณ์และการรับรู้

(Congruence Between the Self as Experienced and the Self as Perceived) สามารถแสดงได้ในรูปสมการ $I = Me$ คือ “ฉันเป็นฉัน” โดยที่บุคคลนั้นต้องมีความสอดคล้องประสานกลมกลืนของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ คือมีความสอดคล้องกันระหว่างตัวตนตามการรับรู้และตามที่เป็นจริง เช่น สามารถรับรู้สถานการณ์ตามที่เกิดขึ้นจริง ๆ ไม่ต่อเติมเสริมแต่งด้วยประสบการณ์ในอดีตหรือความคาดหวังในอนาคต ในทางตรงข้าม บุคคลที่ไม่สามารถรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ตามที่เป็นจริงได้ ทำให้ไม่สอดคล้องกลมกลืนกันของกาย จิต และจิตวิญญาณ นำไปสู่ความเจ็บป่วย และในที่สุดความเจ็บป่วยนั้นอาจนำไปสู่โรค สามารถแสดงเป็นสมการดังนี้ $I \neq Me$ คือ “ฉันไม่ใช่ฉัน” จากแนวคิดทฤษฎีวิวัตสัน อธิบายการเกิดโรคจิตเภทได้ว่า บุคคลมีความพยายามในการปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในคนปกติมีสิ่งที่จะช่วยในการประเมินการรับรู้ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง เมื่อคนรับรู้อย่างไร จะแสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ บุคคลที่มีความคิด ความรู้สึก การรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่บุคคลประสบหรือเผชิญปัญหาอยู่ อาจมากกว่าความเป็นจริงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง หรือไม่รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจริง บุคคลนั้นจะเกิดความไม่สมดุลของกาย จิต วิญญาณ ความไม่สมดุลนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิต

โดยสรุปแล้วแนวคิดของการเกิดโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างประสานกัน และแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละรายไม่เท่ากัน (เกษม ดันดิลาชีวะ, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2536; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

ลักษณะอาการและการดำเนินของโรคจิตเภท

อาการต่าง ๆ ของโรคจิตเภท ถูกรวบรวมไว้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความเข้าใจทางด้านการทำหน้าที่ของสมอง ตลอดจนการพัฒนาประสิทธิภาพของยาด้านโรคจิต มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) กล่าวถึงอาการและการดำเนินของโรคจิตเภทไว้ดังนี้ อาการของโรคจิตเภทแบ่งเป็นอาการทางด้านบวกและอาการทางด้านลบ อาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน รวมถึงการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก การไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ส่วนอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น การมีความรู้สึกและความต้องการในสิ่งต่าง ๆ ส่วนการดำเนินของโรคจิตเภทเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนเริ่มอาการ (Prodromal Phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อย ๆ

ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น อาจขลุกอยู่แต่ในห้อง จะพบคนในครอบครัวก็ต่อเมื่อ

ถึงเวลารับประทานอาหาร ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันไปสนใจในเรื่องทางปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ บางคนหันไปหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างอย่างมากทั้ง ๆ ที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนผลการเรียนเริ่มตกต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอย หรือไม่ค่อยสนใจเรียน มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่แปลกไปแต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน สมาชิกในครอบครัวอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนใจเกียจวันหยุดก็ตื่นสาย ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน เมื่อมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลย ระยะนี้ผู้ป่วยมักยังไม่ได้รับการรักษา

ระยะที่ 2 ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เริ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลาย ๆ เดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะเริ่มเห็นเด่นชัด มักมีอาการทางด้านบวก อาการในระยะกำเริบที่พบบ่อยมีดังนี้

อาการหลงผิด (Delusions) ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียหลักฐานหรือเหตุผลมาหักล้างผู้ป่วยก็ยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวง (Persecutory Delusions) หลงผิดว่าเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตัวเอง (Delusions of Reference) หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญลึกลับชาติมาเกิด (Grandiose Delusions) หลงผิดในเรื่องที่เกี่ยวกับทางศาสนา (Religious Delusions) หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic Delusions) หลงผิดว่าสามารถติดต่อทางกระแสจิตได้ (Telepathy) ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น (Bizarre Delusions) เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยินก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนมีเครื่องจักรจับสัญญาณคลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจอะไรบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่างโดยฝืนไม่ได้เลย เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่น ๆ

อาการประสาทหลอน (Hallucination) ประสาทหลอนคือการมีการรับรู้ทั้ง ๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว ลักษณะที่พบบ่อยคือ แว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรืออาจเป็นเสียงพูดต่อว่าผู้ป่วย จะทำอะไรก็ถูกวิจารณ์ไปหมด จนผู้ที่เป็นรู้สึกท้อแท้ทรมาน ประสาทหลอนที่พบรองลงไปคือภาพหลอน อาจเห็นคนโกสัซิดเห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ และมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ เช่น ได้กลิ่นแปลก ๆ หรือลิ้นรับรสชาติแปลก ๆ พบได้แต่ไม่บ่อย

อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (Autistic Thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็น โดยผ่านทาง การพูด โดยเป็นการพูดจาที่ไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยอีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวเนื่องกันกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย (Loosening of Association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นมาก ๆ การวางคำในตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (Incoherent Speech) บางครั้งพูดมาก ใช้คำพูดแปลก ๆ ไม่มีใครเข้าใจนอกจากผู้ป่วย (Neologism) ผู้ป่วยจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติ (Lack of Insight) เขาเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขาเป็นเรื่องจริง

อาการทางอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิกคักคนเดียว ทั้ง ๆ ที่ไม่มีเรื่องที่น่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

อาการรูปแบบหนึ่งซึ่งเรียกว่าอาการด้านลบ (Negative Symptoms) คือผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่ พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (Alogia) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกลดลงมาก (Affective Flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งตัวมอมซอ ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร (Avolition-Apathy) เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร (Anhedonia-Asociality) อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจน ในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาแต่ในลักษณะนี้ โดยไม่พบว่ามีการมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยมักเกี่ยวข้องกับ ความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย เช่น ชอบเดินไปมา หรือทำท่าแปลก ๆ บางครั้งงุ่ม ๆ กัดะ โกรธว้าวุ่นหรือหัวเราะขึ้นมา หรือขี้มก้มทั้งวันอย่างไม่สมเหตุสมผล แต่งตัวแปลก ๆ สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้ง ๆ ที่อากาศร้อน ผู้ป่วยอาจไม่สนใจสิ่งรอบตัวปล่อยให้ห้องสกปรกมีเศษขยะเกลื่อนห้อง บางคนจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่เคยไม่เคยเป็นมาก่อน มีพฤติกรรมที่ปกติบางอย่างหายไป เช่น ไม่อยากพบปะผู้คน เก็บเนื้อเก็บตัว ไม่สบตาคน ไม่ดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำ ไม่โกนหนวด ไม่นุ่งผ้า กางเกงไม่นุ่ง ไม่มีความริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่ทำงาน นั่งเฉย ๆ ได้ทั้งวัน พูดจาไม่รู้เรื่อง เนื้อความไม่ปะติดปะต่อกัน เปลี่ยนเรื่องกลางประโยค ไร้อารมณ์ หน้าตาเฉยเมย

ระยะที่ 3 ระยะอาการทุเลาหรือระยะอาการหลงเหลือ (Stabilization Phase or Residual Phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการ หรือบางรายมีอาการแต่ไม่รุนแรง เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวล อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนยังมีอยู่แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมากนัก ส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งลักษณะพฤติกรรมกับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยน้อยลง ไม่สนใจสิ่งอื่น ไม่สามารถรักษาทักษะการติดต่อทางสังคม ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือน หลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้ ในระยะอาการหลงเหลือนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลง ก่อนการกำเริบที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละคนมีความแตกต่างกัน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นครั้งเดียว หรือ 2-3 ครั้งก็หายขาด และสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนมีอาการป่วย ซึ่งพบได้น้อย ส่วนใหญ่มักพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนมีอาการทุเลามักจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และเกิดอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยจนกลายเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ 5 แบบ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; Kaplan & Sadock, 1998) คือ 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำ 2) หายโดยกลับเป็นอีก 3) หายไม่สมบูรณ์ ซึ่งหมายถึง พอจะเข้าสังคมได้ แต่ยังคงมีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ และอาจจะต้องได้รับการช่วยเหลือ 4) เรื้อรัง แต่ไม่มีอาการรุนแรง โดยใช้ระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปเป็นดื้อบังชี้ และ 5) มีความเสื่อมของบุคลิกภาพ

การรักษาโรคจิตเภท

จากการที่โรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว ทำให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็ไม่เหมือนกัน การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงเป็นการรักษาที่ผสมผสานทั้งการรักษาทางยา ทางจิตสังคม และอาชีวะบำบัด ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาออกมาดี โดยที่การรักษาต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้วัตถุประสงค์ในการรักษาเป็นไปเพื่อลดความรุนแรงของอาการ ลดความถี่ของการมีอาการกำเริบ ลดผลกระทบทางด้านจิตสังคมจากอาการ และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะอาการทุเลา หลักในการรักษาโรคจิตเภทตามการดำเนินของโรค มีดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544; American Psychiatric Association, 1994)

1. การรักษาในระยะอาการกำเริบ ซึ่งตรงกับระยะที่ 2 ของการดำเนินของโรค เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว และช่วยลดความตึงเครียด

ของผู้ป่วยและญาติ การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.1 การรักษาด้วยยา เป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุดในระยะนี้ ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic Drug) โดยยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคนี้ โดยจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการด้านบวก อาการที่วุ่นวายหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่ดีขึ้นในระยะแรกเกิดจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedative Effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์จึงจะเห็นผลชัดเจน ระหว่างการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านหลัง เป็นต้น อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการให้ยาลดอาการข้างเคียงร่วมด้วย พบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านโรคจิตมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในสังคมได้ (National Institute of Mental Health [NIMH] Schizophrenia, 1999)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 2 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่

1.1.1 ยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Typical Antipsychotic Drugs) ได้แก่ กลุ่มPhenothiazine เป็นยาที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดสารโดปามีน ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้มีชื่อทางการค้า ได้แก่ Largactil, Mellaril, Anatensol, Stelazine กลุ่ม Butyrophenone เป็นยาที่ใช้ระงับอาการทางจิตที่ออกฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อย แต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาได้ง่าย (Extrapyramidal Effects) นิยมใช้มากในปัจจุบันเพราะออกฤทธิ์การรักษาได้เร็วในผู้ป่วยระยะเฉียบพลันจะได้ผลดี ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญมีชื่อทางการค้าคือ Haldol, Haridol และ กลุ่ม Thioxanthenes เป็นยาที่ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ Phenothiazine ต่างกันตรงที่ยาใน 2 กลุ่มนี้ บางตัวจะออกฤทธิ์ต่อระบบใดระบบหนึ่งได้ดีกว่ากัน โดยทั่วไปจะใช้ร่วมกันเมื่อทำให้การออกฤทธิ์ได้ผลดีต่อผู้ป่วย ยาในกลุ่มนี้ชื่อทางการค้า ได้แก่ Navane, Fluanxol

1.1.2 ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Novel or Conventional or Atypical Antipsychotic Drugs) ได้แก่ กลุ่ม Clozapine หรือชื่อทางการค้าว่า Clozaril ได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภททั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น Serotonin, Nor-adrenaline, Acetylcholine และ Histamine มากกว่า Dopamine และออกฤทธิ์ D1 Antagonist มากกว่า D2 Antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ Limbic System มากกว่า Basal Ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท จึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่มีการศึกษาที่พบว่าฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง และกลุ่ม Risperidone ชื่อทางการค้าคือ Risperdal เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า Haloperidol แต่ผลข้างเคียงน้อยกว่า

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) จะให้ผลการรักษาในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทไม่ดีขึ้นเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปมักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วยได้แก่ ก้าวร้าว ซึมเศร้า มีอาการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือในรายที่มีพฤติกรรมอาการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็งหรือหุ่นขี้ผึ้ง (Catatonic) รวมทั้งผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่ดื้อยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน

2. การรักษาในระยะอาการทุเลา (Stabilization Phase) ซึ่งตรงกับระยะที่ 3 ของการดำเนินโรค เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้ว ในระยะนี้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทจะเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง มีการสื่อสารดีขึ้น การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

2.1 การรักษาด้วยยา ระยะนี้ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ขนาดของยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน หลังจากนั้นลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ทีละน้อย การลดขนาดเร็ว หรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้ เนื่องจากผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาส่วนใหญ่ จึงเป็นการรักษาแบบคงสภาพ (Maintenance Treatment) และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (Relapse) หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้ว แต่ยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ เป้าหมายการรักษา คือ การคงสภาพอาการทางจิตโดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ โดยทั่ว ๆ ไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้ว จะค่อย ๆ ลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน และเน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน และการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วย รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค สำหรับระยะเวลาในการรักษาระยะคงสภาพนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่จะเน้นการรักษาในครั้งแรกหลังการรักษาหากอาการของโรคดีขึ้นแล้ว จะยังคงให้ยาต่อไปอีกหนึ่งปี จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สอง จะให้ยาต่อเนื่องไปในระยะยาว เช่น 5 ปี เป็นต้น หากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยกว่านี้ จะต้องให้ยาต่อเนื่องไปตลอด ระยะนี้อาจได้รับการรักษาด้วยยาชนิดที่มีฤทธิ์ยาวนาน (Long-Acting Antipsychotic Drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ต่อการฉีด 1 ครั้ง อย่างไรก็ตามผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ จำเป็นต้องใช้ยาดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นจะต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำมาก การรับประทานยาอย่าง

ต่อเนื่องของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยป้องกันการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล

2.2 จิตบำบัด (Psychotherapy) มี 2 ลักษณะ คือ จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดแบบกลุ่ม การทำจิตบำบัดรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยใช้ศักยภาพของตนเองมากที่สุด สำหรับจิตบำบัดแบบกลุ่ม จะเป็นการบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ และการไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมและช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาของ โปรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ที่ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการเข้ากลุ่ม และสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยมีโอกาสแสดงความคิดเห็น แสดงบทบาทที่เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เป็นผู้นำในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับปรุงตนเอง และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้นก่อนที่จะช่วยเหลือเพื่อนสมาชิก และจากการศึกษาของ สุวรรณ แสงเขียวงาม (2545) ที่ศึกษาผลของการทำจิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการบำบัดด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมร่วมกับจิตบำบัดระดับประจักษ์แบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน คือ ลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคล ความสามารถในการทำงาน และความสมบูรณ์ของประสบการณ์ส่วนตัว

2.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นการบำบัดเพื่อการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เป็นต้น โดยผู้บำบัดจะใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกความกล้าแสดงออก การจัดการความรู้สึกอย่างเป็นระบบ หรือการเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ดังการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทของ ชีรศักดิ์ ผลานิผล (2549) สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพิ่มขึ้น

2.4 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นการบำบัดเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูงของสมาชิกในครอบครัว

ที่อาจเพิ่มความกดดันทางจิตใจแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การทำครอบครัวบำบัดโดยการนำสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาร่วมกลุ่มสนทนา โดยมีผู้บำบัดเป็นคนกลางจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และญาติได้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่เกิดการกำเริบซ้ำของโรค

ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 25 สามารถรักษาได้ผลดี ขณะที่ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำให้มีความบกพร่องในการทำงานหน้าที่ต่าง ๆ อย่างมาก และที่เหลืออีกร้อยละ 50 จะมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ (ยาใจ สิริพิมพ์มงคล, 2542)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้เป็นลักษณะเด่นร่วมกับมีอาการการป่วยซ้ำสูง ซึ่งการป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม นโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน เน้นการรักษาในโรงพยาบาลให้ระยะเวลาสั้นลง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะถูกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเฉพาะระยะที่มีอาการกำเริบ กรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด เช่นการมีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง กรณีไม่ยอมรับประทานยา รวมทั้งปัญหาจากการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคทางกาย การรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จนเข้าสู่ระยะอาการทุเลา ระยะนี้อาการต่าง ๆ ที่กำเริบเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพอที่จะควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น มีความสามารถในการปรับตัวและปรับพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้บ้าง แม้อาการด้านบวกยังคงมีอยู่ ผู้ป่วยที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนบางส่วนมีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วย ปรับตัวให้อยู่กับโรคได้ อาศัยอยู่ในชุมชนได้เป็นเวลานานโดยไม่ป่วยซ้ำ ในขณะที่เดียวกันก็มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ดังเช่น การศึกษาของ ทูลภา นุปผาสังข์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลือ โดยแสดงออกในลักษณะของอาการ หงุดหงิด โมโหง่าย ร้อยละ 55 นอนหลับไม่เป็นเวลา ร้อยละ 33.34 หูแว่ว เห็นภาพหลอน ร้อยละ 31.66 นั่งเฉยไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ ร้อยละ 30 มีความคิดแปลกประหลาดร้อยละ 30 ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ร้อยละ 30 กลางคืนลุกเดินไปมา ร้อยละ 20 และแยกตนเองอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 10 และ จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) ที่พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ด้านการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน โดยจะพบว่าในระยะแรกของผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น ซึ่งจากความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมรวมถึงการรักษาที่ยาวนานที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิต ผลกระทบด้านต่าง ๆ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ได้แก่

1. ด้านตัวผู้ป่วย

1.1 เกิดเป็นตราบาปกับผู้ป่วย (Stigma) ผู้ป่วยในระยะอาการกำเริบอาจมีพฤติกรรมแสดงออกมาในรูปของความรุนแรง ความน่ากลัว และจากการที่ผู้คนส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยและความเป็นไป คนส่วนใหญ่เมื่อต้องเผชิญกับผู้มีอาการทางจิตจึงรู้สึกกลัว ความกลัวอาจจะมีมากจนเกินความจริงกลายเป็นอคติต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็นทัศนคติเชิงลบที่สังคมมีต่อผู้ป่วยในบางสังคม ไม่ว่าจะเป็นความรังเกียจที่จะคบหาสมาคมในฐานะเพื่อนบ้าน การถูกแยกจากสังคม หรือจากการที่สังคมใช้คำเรียกขานที่เป็นการตีตราผู้ป่วย (Labeling) ทัศนคติและท่าทีของสังคมเหล่านี้ก่อให้เกิดเป็นตราบาป (Stigma) กับผู้ป่วยโรคจิตเภท (วรวิวัฒน์ ไชยชาญ, 2548) Moller and Murphy (2001) กล่าวว่า ตราบาป (Stigma) คือ สิ่งที่ตอกย้ำความน่าอาย ซึ่งเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และมักจะเกิดขึ้นกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มีสมาชิกของครอบครัวหนึ่ง ได้กล่าวว่า สำหรับชีวิตที่เหลืออยู่ของเขา ไม่เพียงจะต้องอยู่ด้วยความเศร้าเสียใจในความเจ็บป่วยของพี่ชาย แต่จะต้องอยู่กับการคอบสนองทางด้านลบ ตราบาปและการเพิกเฉยของคนในสังคม ซึ่งส่งผลกระทบเล็ก ๆ ต่อเขา เช่นเดียวกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารณี จงอุดมการณ์, กฤติยา แสงเจริญ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, และสมจิต แคนสีแก้ว (2548) ที่ศึกษานุมมองของชุมชนต่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้วิธีสนทนากลุ่มกับเพื่อนบ้าน ชุมชน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยมีทั้งทางบวกและทางลบ ขึ้นอยู่กับการให้ความหมาย ความเชื่อของบุคคลนั้นที่มีต่อความเจ็บป่วย หากคนในชุมชนมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีใครสามารถช่วยได้ ชุมชนจะให้ความรู้สึกสงสาร อยากช่วยเหลือ ในทางตรงกันข้ามหากคนในชุมชนมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยไม่รับผิดชอบต่อตัวเอง เป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย นำไปสู่การรังเกียจ โกรธ ไม่อยากช่วยเหลือหรือมีปฏิสัมพันธ์ด้วย แต่มีทัศนคติต่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ว่ารู้สึกสงสารและเห็นใจครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยทางจิต

1.2 การกำเริบซ้ำบ่อย ๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของพัฒนาการทางด้านสมอง ส่งผลต่อบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร มีรายงานว่า ภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความเสื่อมถอยของ

บุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากการกำเริบครั้งที่สอง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการดูแลตัวเองในด้านต่าง ๆ เช่นกิจวัตรประจำวันทั่วไป สุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่สามารถประกอบอาชีพในสังคมได้นอกจากนี้อาจพบผู้ป่วยจิตเภทบางราย มีความบกพร่องในการคิดและตัดสินใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมา เช่น การคิดสารเสพติด การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม จนอาจทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เช่น โรคเอดส์ หรือการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (โปริทิพย์ กสิพันธ์, 2541; ทูลภา บุปผาสังข์, 2545; วรวัฒน์ ไชยชาญ, 2548; Sadock & Sadock, 2000)

1.3 ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักไม่ได้รับความเท่าเทียมทางสังคม รัชชัย คงสมนธ์ (2549) ได้อธิบายถึงความเจ็บป่วยทางจิตเวช ตามเกณฑ์การรักษาในประกันสังคม ว่ามีหลักปฏิบัติที่สร้างให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม นำไปสู่การปกปิดและไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี เพราะหลักปฏิบัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตเวชในสิทธิการรักษา เขียนไว้ว่า กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ผู้ป่วยไม่สามารถใช้สิทธิได้ ยกเว้นกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องทำการรักษาทันที และระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 15 วัน นอกเหนือจากนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถใช้สิทธิได้ ต้องจ่ายการรักษาเพิ่มเติมเองรวมทั้งการเสียสิทธิประโยชน์อันพึงมีพึงได้ในฐานะความเป็นบุคคลตามกฎหมาย เป็นการถูกละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ผู้หนึ่ง ผู้ป่วยจึงมีชีวิตอยู่อย่างรู้สึกไร้คุณค่า ลำด้อย ทำให้สูญเสียโอกาสที่จะพัฒนาตนเอง และจากการที่ต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความเครียด ท้อแท้ ไม่มีความสุขในชีวิต คุณภาพชีวิตต่ำ

2. ด้านผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วย

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลานานในการรักษา และนโยบายที่สนับสนุนให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น เวลาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภทจึงอยู่ที่บ้าน ซึ่งสมาชิกในครอบครัวถือเป็นบุคลากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลในขณะที่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ และสามารถดูแลตัวเองได้เพียงบางส่วน การดูแลจึงเป็นหน้าที่หลักของบุคคลในครอบครัว ภาระการดูแลที่ยาวนานมักก่อให้เกิดให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีหลายการศึกษาที่กล่าวถึงผลกระทบของผู้ดูแลและครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของ ศรีสุตา วนาลีสิน, ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, พรณี อ่าวเจริญ และจิตต์ดดา ไชยมงคล (2546) ที่ศึกษาปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลมีปัญหาทางอารมณ์ 6 กลุ่ม ปัญหา คือ 1) เป็นห่วงสงสาร 2) เครียด หงุดหงิด โกรธ 3) วิตกกังวล 4) ท้อแท้อ่อนล้า เศร้า 5) รู้สึกผิด และ 6) รู้สึกเป็นดราม่า สอดคล้องกับการศึกษาของ พหลวงศาโรจน์ และคณะ (2541) เกี่ยวกับปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า

ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ปัญหาที่สำคัญ คือกลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจะไม่หาย กังวลจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ดูแลเสียชีวิต และการศึกษาของ ดวงตา กุลรัตนญาณ และคณะ (2545) ที่ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา พบว่า 1 ใน 5 ของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเหนื่อยหน่าย ภาวะนี้ มีผลต่อการดำเนินชีวิตและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้บางครอบครัวอาจมีความรู้สึกโกรธที่มีบุคคลเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในบ้าน ที่พบมากที่สุดคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลทำให้ครอบครัวเกิดความตึงเครียด จนอาจก่อให้เกิดการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง และจากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงของ ณัฐยา พรหมบุตร (2545) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 31.6 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช ในจำนวนนี้ผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากที่สุด และการศึกษาของ นรวิทย์ พุ่มจันทร์ (2546) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่มารับบริการในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับกลาง โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว คุณภาพชีวิตของญาติมีความสัมพันธ์กับระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบด้านอื่นที่มีต่อครอบครัวได้แก่ ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว จากการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) พบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์ และชุติมา ประทีปะจิตติ (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ของโรงพยาบาลศรีธัญญา อภิปรายผลการศึกษาไว้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ และเงินออมที่ลดลงทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะครอบครัวที่ยากลำบากในด้านการเงินอยู่แล้ว การมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวจึงทำให้เกิดความยากลำบากเป็นทวีคูณ

3. ด้านสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาจมีพฤติกรรม หรือการกระทำที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายต่อสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอาการกำเริบ จะส่งต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมนั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่น อาจเนื่องมาจากความหวาดระแวง บางครั้งพยายาหวาดกลัวตัวทำให้เป็นที่หวาดกลัวของผู้อื่น การเดินเร่รอนในที่สาธารณะเป็นต้น และในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษา

นานมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งในแต่ละปีพบว่าประเทศไทยต้องเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึง 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

การปฏิรูประบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

จากแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Health Care Reform) ในประเทศไทย ที่มีมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 มุ่งหวังว่าผลของการปฏิรูปจะก่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยเน้นการจัดระบบบริการสุขภาพทุกระดับ กรมสุขภาพจิตในฐานะที่มีความรับผิดชอบโดยตรงกับปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตของประชากรในประเทศไทยที่มีมากขึ้นในทุก ๆ ปี และส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว โดยเน้นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลทุกระดับให้เป็นระบบบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานและมีความต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในการบริการ สำหรับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท แบ่งตามความต้องการในการรักษาพยาบาลตามสถานที่ให้บริการ แบ่งระบบบริการได้ดังนี้

1. ระบบบริการในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล จะกระทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น หรือมีปัญหาค่าที่ต้องกรการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น การมีอาการรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือเพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และผู้ป่วยที่มีปัญหาในการวินิจฉัย เป็นต้น (มาโนช ห่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

ขณะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute Phase) ทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ มีความผิดปกติทางด้านการคิด การตัดสินใจ ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลระยะนี้จึงเน้นไปที่การควบคุมให้อาการทางจิตสงบลงโดยเร็ว ซึ่งวิธีการรักษาที่ดีที่สุดระยะนี้ คือการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ยาจะไปออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการด้านบวก ซึ่งจะเห็นผลชัดเจนหลังการรักษาประมาณ 2-3 สัปดาห์ อาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยจะสงบลง ผู้ป่วยจะควบคุมตัวเองได้บ้าง การสื่อสารจะดีขึ้น แต่ยังจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตสังคม จนเข้าสู่ระยะอาการคงที่ (Stable Phase) ที่ระยะอาการทางจิตสงบลงแล้ว ซึ่งยังคงต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

การปฏิรูประบบบริการที่ผ่านมาส่งผลให้นโยบายการรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รักษาในโรงพยาบาลปรับเปลี่ยนไป ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 2-4 สัปดาห์ ซึ่งจะเป็นการรักษาระยะควบคุมอาการ (Acute Phase) ให้สงบลง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับบ้านไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน ในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้นี้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลก็จะแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ และดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ในสังคมอย่างปกติสุข โดยการช่วยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคลในเรื่องต่าง ๆ เช่น การดูแลตัวเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้เป็นภาระต่อครอบครัว การช่วยเหลืออาจกระทำในรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การช่วยเหลือระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับก็ต่อเมื่อบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลประเมินแล้วว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยหายไป ไม่มีอาการรบกวนวุ่นวาย ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่พบอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษา กิจกรรมทั้งหมดนี้จะถูกจำกัดในระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 2-4 สัปดาห์เท่านั้น ก่อนที่จะจำหน่ายกลับบ้าน สะท้อนให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางยาอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการทำจิตสังคมบำบัด ฉะนั้นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการทำจิตสังคมบำบัดจึงเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ในความดูแลของครอบครัวและชุมชน

2. ระบบบริการในชุมชน

จากระบบบริการในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลได้ 2-4 สัปดาห์ จนอาการทางจิตทุเลา หรือระยะที่ 2 ของการดำเนินของโรคจิตเภท โรงพยาบาลจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยจะกลับสู่ชุมชนและครอบครัว จึงถือว่าชุมชนและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยมีทีมสุขภาพในชุมชนเป็นพี่เลี้ยงในการให้การดูแลผู้ป่วย องค์กรที่ให้การดูแลด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น แต่การช่วยเหลือในชุมชนด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเองก็ต้องดูแลตนเองด้วย เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนมีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จึงมีการใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ฉะนั้นเมื่อทีมสุขภาพในชุมชนประเมินพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อนที่ควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทาง จะมีการส่งต่อจากระดับชุมชนไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และภายหลังจากรับ

การรักษาจนอาการทุเลา สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ก็จะส่งผู้ป่วยกลับเข้ามา รักษาพยาบาลในสถานบริการพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพัฒนา ศักยภาพได้มากที่สุด โดยประหยัค่าใช้จ่ายในส่วนของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งงบประมาณของ ประเทศ เป็นการมารับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากทีมสุขภาพในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทใน ระยะอาการทุเลา ยังคงต้องได้รับการรักษาทางยาอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมาย ให้มาพบแพทย์ตามนัดอย่างน้อยทุก 1-2 เดือนเพื่อดูผลจากการใช้ยา ร่วมกับการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับปัญหาที่ผู้ป่วยพบแต่ละราย

เนื่องจากการรับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ยาจะเข้าไปออกฤทธิ์ทำให้อาการ ทางจิตทุเลาลง แต่การรับประทานยาไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยบางรายอาจหยุดรับประทานยา ไม่ไปรับยา ตามที่แพทย์นัด เนื่องจากหลังรับประทานยา อาการทางจิตที่รบกวนผู้ป่วยหายไป เช่น อาการ หงุดหงิด หวาดกลัวพลอน หรืออาการนอนไม่ค่อยหลับ เมื่ออาการเหล่านี้หายไป ผู้ป่วยก็มีโอกาสที่ จะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของเขาหายแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำจากการไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมส่วนรวม

ฉะนั้นในความเป็นจริงสิ่งที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทควรจะได้รับคือการดูแลหลังจากจำหน่าย จากโรงพยาบาลเมื่ออาการทางจิตทุเลา หรือระยะที่ 2 ของการดำเนิน โรคนี้ คือการทำจิตบำบัด ซึ่งเป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ การทำจิตสังคมบำบัดนี้จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิด การรับรู้ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในการในเรื่องอาการทางจิตที่หายไปโดยการได้ใช้ศักยภาพ ของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์รอบตัวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองให้อยู่ ในภาวะสุขภาพ ระยะนี้ผู้ป่วยจึงควรได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการทำจิตสังคมบำบัดจาก บุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ พยาบาลที่มีวุฒิทางการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มี ประสบการณ์ในการทำการบำบัดทางจิต การทำจิตสังคมบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การดูแล ภาวะสุขภาพของตนเองโดยใช้ศักยภาพของตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมได้ ตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และชุมชน รวมทั้งยังสามารถทำ ประโยชน์ต่อสังคมและส่วนรวมได้

3. ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตาดลี

การให้การรักษายาแบบผู้ป่วยนอกถือเป็นงานสำคัญยิ่งของโรงพยาบาลที่จะต้อง ดำเนินการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบ

บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โรงพยาบาลตากลีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง ได้ดำเนินการเปิดให้บริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชขึ้นในปี พ.ศ. 2545 เพื่อให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอตากลี และอำเภอใกล้เคียง อันเนื่องจากการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิเป็นอุปสรรคสำคัญทางหนึ่งของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิซึ่งอยู่ไกลบ้านได้อย่างต่อเนื่องจากปัญหาระยะทาง และการไม่มีผู้ดูแลพาไป ส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อย ๆ เนื่องจากการขาดยา ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ลดลงมีผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน

คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลตากลี จึงเป็นสถานบริการแห่งหนึ่งที่ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการทางจิตเวชได้มากขึ้น เนื่องจากการเดินทางสะดวกขึ้น ใกล้บ้าน ลดค่าใช้จ่าย และบุคลากรทางสุขภาพสามารถเข้าถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้สามารถวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติสุขตามศักยภาพของผู้ป่วย การบริการของคลินิกจะเป็นการให้บริการแบบครบวงจรตามระบบผู้ป่วยนอกที่จำลองแบบมาจากโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ มีสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วน ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จสิ้นสุดจุดเดียว (One Stop Service) มีทีมสุขภาพสำหรับให้บริการ 4 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน เปิดให้บริการทุกวันเวลาราชการ อัตราผู้รับบริการจิตเวชประเภทผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 40-45 คนต่อวันมีการกำหนดแนวทางการให้บริการผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน เอะอะอาละวาด ซึ่งจะเป็นอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองหรือผู้อื่น จัดให้การพยาบาลเบื้องต้น เพื่อลดอาการรุนแรง แล้วส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ กรณีที่อาการไม่รุนแรงมากแพทย์ที่ปรึกษาประจำคลินิกสุขภาพจิตอาจพิจารณาให้พักในโรงพยาบาลเป็นราย ๆ ไป รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ญาติในเรื่องอาการและการรักษาผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชระยะแรก บางรายไปรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจิตเวช บางรายจะถูกส่งตัวกลับมารักษาค่อเนื่องที่คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลตากลี ผู้ป่วยระยะนี้ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหูแว่ว หวาดระแวง บางครั้งอาจมีความบกพร่องในการดูแลตัวเอง พยาบาลทีมสุขภาพของคลินิกสุขภาพจิตจะให้บริการ โดย ผู้ป่วยจิตเภททุกรายที่มารับบริการจะได้รับการตรวจและประเมินอาการทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และ

ให้การดูแลตามความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งผู้ดูแลหรือญาติจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา พร้อมทั้งอธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยา วิธีการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา รวมทั้งข้อปฏิบัติเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา และผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการประเมินความเสี่ยงจากการขาดยาและการกินยาไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง เมื่อพบว่ามีโอกาสรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จะได้รับการปรับระบบการจัดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การจัดยาต่อเนื่องของต่อวัน การใช้กล่องยาจัดเป็นมื้อ ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภททุกครั้งจะมีการบันทึกทางการพยาบาลไว้ที่เพิ่มประวัติของแต่ละบุคคลเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล ในรายที่ไม่มารับการรักษาตามนัด พยาบาลจะติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ จดหมายติดตาม ประสานงานกับทีมสุขภาพทางสาธารณสุขระดับชุมชน และติดตามเยี่ยมบ้าน ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

แม้ว่าการให้บริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลตาคีจะเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวจนผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพที่ผู้ป่วยมี แต่ยังมีอีกผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีอาการกำเริบจากการที่ไม่มารับการรักษาทางยาอย่างต่อเนื่องจากการติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านโรคจิตจนอาการทางจิตสงบ ไม่มีหูแว่ว ภาพหลอน นอนหลับได้ ในบางรายอาจทำงานประกอบอาชีพตนเองได้ ผู้ป่วยมักจะหยุดการรับประทานยาเองเนื่องจากคิดว่าตนเองหายจากโรคจิตเภทแล้ว ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อจากสถิติของการให้บริการของคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลตาคี แม้ว่าจะมีผู้ป่วยเป็นส่วนน้อยที่เกิดการกำเริบจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องก็ตาม แต่เป็นที่ตระหนักว่าเป็นสิ่งที่ไม่ควรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากการเกิดอาการกำเริบแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมส่วนรวมดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลตาคี จึงพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองความเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะที่สองของการดำเนินของโรคจิตเภท คือระยะอาการทุเลา ที่อาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ป้องกันการหยุดรับประทานยาของผู้ป่วยจากความคิดที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในเรื่องการหายของโรคจิตเภท การบำบัดเป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองเรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อการรับรู้ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพตัวเองในการดูแลสุขภาพของตัวเองโดยไม่เป็นภาระบุคคลรอบข้าง และบางรายอาจทำประโยชน์เกิดกับครอบครัว สังคม และส่วนรวม

การบูรณาการทฤษฎีทางจิตวิทยาของจิตวิทยาในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย การปรับมุมมองที่เน้นการหาทางออก

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในรายงานการวิจัยฉบับนี้ เป็นการนำทฤษฎีทางจิตวิทยาของจิตวิทยาในการอธิบายการพยาบาลผู้ป่วย สายใจ พัวพันธ์ (2549) อธิบายทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ จิน วัตสัน ไว้ว่า ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของจิตวิทยาเชื่อว่ามนุษย์หรือบุคคลไม่ใช่แค่เป็นแค่ชิ้นส่วนของอวัยวะต่าง ๆ ที่รวมกันเข้าเป็นตัวเป็นตน แต่บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เป็นสิ่งมีชีวิตที่ดำรงอยู่ในโลกใบนี้ด้วย กาย จิต และวิญญาณ จากประสบการณ์การเป็นทั้งผู้ที่ควบคุม จัดการ เปลี่ยนแปลง และใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติด้วยความพยายามที่จะทำให้เกิดความกลมกลืนและสมานฉันท์กับธรรมชาติ ระหว่างโลกภายนอกกับโลกภายใน ความพยายามดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนไปตามเวลาและสภาวะเพื่อกระบวนการเกิดและพัฒนา "ตัวตน" ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่มีจุดจบ ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในวันนี้จะถูกแปรเปลี่ยนเป็นความรู้สำหรับประสบการณ์ในอนาคตต่อไป ในอนาคตไป พัฒนาเป็นกรอบความคิดของบุคคลที่มีอาณาเขต มีขอบเขตของเวลาหรือที่จิตวิทยาเรียกว่า "สนามปรากฏการณ์" ที่บุคคลใช้ในการมองสถานการณ์ การตัดสินใจ หรือเลือกกระทำ ภาวะสุขภาพตามศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์พิจารณาได้จากความสอดคล้องกลมกลืนกันภายในของกาย จิต และวิญญาณ (Harmony Within the Mind, Body, and Soul) ความสอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตนที่ได้จากการรับรู้และจากประสบการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Congruence Between the Self as Perceived and the Self as Experienced) ความกลมกลืนกับสิ่งที่เกิดขึ้น กับความจริงหรือกับโลก ทำให้บุคคลพร้อมที่จะเปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มองเห็นความเป็นไปได้ที่หลากหลายในการเป็นและอยู่กับสถานการณ์และความจริงนั้น ๆ หรือ I = Me ในทางตรงกันข้ามคือความไม่กลมกลืนของการรับรู้กับความจริงที่เกิดขึ้นนั้น ความไม่กลมกลืนกันจะนำไปสู่ความเจ็บป่วย และในที่สุดความเจ็บป่วยนั้นอาจนำไปสู่การเกิดโรค หรือ I ≠ Me (Watson, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) ซึ่งการพยาบาลในศาสตร์แห่งการดูแลจะเกิดขึ้นได้นั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความคิด ค่านิยม ปรัชญา พันธะสัญญา และลงมือกระทำด้วยความรักความเมตตา การดูแลมนุษย์เป็นอุดมคติด้านคุณธรรมของวิชาชีพพยาบาล ด้วยเหตุผลหลายประการ ดังนี้

1. การดูแลเป็นกระบวนการระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ที่มุ่งหวังที่จะปกป้อง ทำให้ดีขึ้น และดำรงรักษาไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์
2. การดูแลเป็นการช่วยให้มนุษย์ค้นหาความหมายจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ ความเจ็บปวด ความมีด้นสับสน และอื่น ๆ

3. การดูแลเป็นการช่วยให้มนุษย์รู้จักตนเอง ควบคุม (สถานการณ์ได้) และเยียวยาตนเองได้

4. การดูแลเป็นการช่วยให้มนุษย์มีความกลมกลืนกันของกาย จิต และวิญญาณ ไม่ว่าสถานการณ์ภายนอกจะเป็นอย่างไรก็ตาม

5. พยาบาลเป็นผู้มีส่วนร่วม (ไม่ใช่ผู้จัดการ) ทำงานร่วมกับบุคคลในกระบวนการดูแล เป้าหมายของการพยาบาล เป็นการใช้กระบวนการระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ ในการช่วยให้บุคคลเกิดความกลมกลืนภายในของกาย จิต และวิญญาณ ปกป้องทำให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น (หรือภาวะเหนือปัญหาหรือความเจ็บป่วย) และดำรงรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของมนุษย์และความเป็นมนุษย์ของบุคคล ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการพยาบาล คือ บุคคลเกิดความรู้จักตนเอง เคารพตนเอง การเยียวยาด้วยตนเอง และกระบวนการดูแลตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาล จะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างมนุษย์กับมนุษย์ที่ต่างก็มีสนามปรากฏการณ์ของตน โดยพยาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ปฏิบัติการตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นหรือต่อสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นปัญหาหรือเป็นสิ่งที่คุกคาม ความรู้ที่ใช้ในการทำความเข้าใจความต้องการของบุคคล ความรู้ที่ใช้ในการตอบสนองความต้องการของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับตนเอง การตีความหมายสถานการณ์ และที่สำคัญที่สุดของการปฏิบัติการก็คือ ความตั้งใจ ความเต็มใจ สัมพันธภาพ และการลงมือกระทำจริง การปฏิบัติการพยาบาลจะสะท้อนให้เห็นถึงอุดมคติด้านคุณธรรมการดูแล

กระบวนการดูแลด้วยความเมตตาและความรัก มี 10 ประการ (ตามปัจจัยการดูแล 10 ประการ) เป็นปัจจัยที่พยาบาลใช้ในการพัฒนาตนและพัฒนาสัมพันธภาพที่เข้าถึงจิตใจกันและกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและทำให้เกิดวินาทีแห่งการดูแลอย่างแท้จริง ที่นำไปสู่เป้าหมายของการพยาบาล สายใจ พัวพันธ์ ได้อธิบายไว้ ดังนี้ (Watson, 2005 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2551)

1. การแสดงความรักความเมตตาและด้วยความสงบ สุขุม ด้วยการพัฒนามุมมองเกี่ยวกับมนุษย์ ตระหนักรู้ในความเป็นมนุษย์ว่าความเฉพาะของมนุษย์นำไปสู่ความแตกต่าง หลากหลาย เป็นการให้ความรักแก่นมนุษย์และชื่นชมทั้งในความเฉพาะและความแตกต่าง

2. การแสดงตัวตนที่แท้จริง เชิดชูและดำรงไว้ให้ยั่งยืนซึ่งระบบความเชื่อ ความศรัทธา ความหวัง อคติวิสัย หรือโลกภายในทั้งของตนเองและทั้งของผู้ที่ตนให้การดูแลตนเอง

3. การฝึกฝนพัฒนาด้านจิตวิญญาณ รับรู้ถึงความเชื่อมโยงระหว่างตนกับสรรพสิ่ง ผีกลตนเหนืออคติวิสัยแห่งตน ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น และเปิดรับด้วยความรักและเมตตา

4. พัฒนาและดำรงรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือ ไว้วางใจกันและกันอย่างแท้จริง

5. เชื่อมโยงกับผู้ที่ตนให้การดูแลในระดับจิตวิญญาณด้วยการอยู่กับเขาในขณะนั้นอย่างแท้จริง และให้การสนับสนุนการแสดงออกซึ่งความรู้สึกทั้งด้านลบและด้านบวก

6. ใช้ตนเอง (ที่มีกาย จิต วิญญาณ) และทุกช่องทางแห่งการรู้ สิ่งที่เกิดขึ้นและที่เป็นอยู่

7. พัฒนาระบบการสอน การเรียนรู้ด้วยการเข้าถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ที่ตนให้การดูแลที่มีกรอบการคิด การให้ความหมายหรือให้ความสำคัญแต่สิ่งต่าง ๆ ตามแบบของเขา และที่เขาใช้ในการตัดสินใจและการดำเนินชีวิต

8. สร้างสรรค์บรรยากาศแห่งการเยียวยาในทุกระดับ เพื่อส่งเสริมศักยภาพขององค์กรรวมของบุคคล ความสุขสบาย คุณค่าความเป็นมนุษย์ และความสงบสุข

9. การช่วยเหลือให้ผู้ที่ตนให้การดูแลได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานด้วยความตั้งใจ เต็มใจ อย่างมีสติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสอดคล้องกลมกลืนกันของกาย จิต วิญญาณ

10. เปิดทางสื่อสารหรือเปิดใจรับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับความเชื่อ ความหวัง ศรัทธา การดำรงอยู่ของชีวิต ของความตาย การดูแลด้านจิตวิญญาณของตนเองและของผู้ที่ตนให้การดูแล

แนวคิดการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของ เดอ เซสเซอร์ (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) เชื่อในศักยภาพของบุคคลในการที่จะจัดการกับสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ และมีมุมมองที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละคน ในสถานการณ์ที่เป็นจริงหรือความเป็นจริงของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการมองหรือรับรู้ปัญหาการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ตนทำอยู่ และช่วยให้ค้นพบความเข้มแข็งของตนพอที่จะทำให้มีความอดทนมากขึ้นกับสิ่งที่ตนกำลังเผชิญอยู่ หรือสถานการณ์ที่ตนคิดว่ายาก แนวคิดหลักของการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออก ประกอบด้วย การใช้ศักยภาพและทรัพยากรของผู้รับบริการ (Utilization) โดยการดึงศักยภาพและทรัพยากรที่ผู้ป่วยมีอยู่ ให้สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และการเน้นอนาคต (Future-Oriented Concept) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมองเห็นความเปลี่ยนแปลงที่มีความเป็นไปได้ และนำไปสู่การกระตุ้นให้ผู้ป่วยวาดภาพตนเองในอนาคต หรือคิดหวังว่าต้องการให้เกิดอะไรขึ้นในอนาคตของตน

หลักการของการบำบัดอย่างรวบรัดที่เน้นการหาทางออกของ เดอ เซสเซอร์ (De Zhaser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2548) มีดังนี้

1. เป้าหมายของการบำบัดจะถูกกำหนดโดยผู้รับบริการ
2. เน้นที่ทางออกมากกว่าตัวปัญหา ไม่จำเป็นต้องค้นหาต้นเหตุของปัญหา
3. ให้ความสนใจอนาคตมากกว่าอดีต
4. การเปลี่ยนแปลงไม่เพียงแต่เป็นสิ่งที่เป็นไปได้เท่านั้น แต่เป็นสิ่งที่ทุกคนปฏิเสธไม่ได้

5. การเปลี่ยนแปลงที่สามารถทำให้เกิดขึ้นจริงได้ในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ต้องเน้น มิใช่มุ่งที่การจัดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

6. ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงก้าวเล็ก ๆ เพราะนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัดได้

7. ถ้าทำอะไรแล้วได้ผลดี ไม่ต้องแก้ไข แต่ต้องทำให้มากขึ้น

8. ถ้าทำอะไรแล้วไม่ได้ผลดี ให้ลองหาวิธีใหม่

9. การบ้านเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้ใช้ศักยภาพของตน ทดลองวิธีการที่ตนคิดว่าน่าจะเป็นผลดี ในสภาพความเป็นจริงของตน

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังจากได้รับการรักษาจนอาการทางจิตหายไป ไม่มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน นอนหลับได้ บางรายสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรับรู้ว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วย จึงหยุดรับการรักษาทางยาอย่างต่อเนื่อง จากการรับรู้ว่าอาการทางจิตที่หายไปเป็นการหายของโรค ซึ่งไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของศาสตร์ทางการแพทย์ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการทำงานที่ผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ยาเข้าไปรักษาสมดุลของสารสื่อประสาท การรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เป็นผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำ อันจะส่งผลกระทบตามมาอีกหลายประการดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้นในการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้ที่สอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตนที่ได้จากการรับรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทั้งสองมาบูรณาการเข้าด้วยกันมาใช้ในการช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบทางออกของปัญหา เทคนิคที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการบำบัด คือ

1. การทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalizing) เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้เรียนรู้หรือรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองหรือการตอบสนองของตนเองเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องผิดปกติแต่อย่างใด ไม่ใช่เรื่องที่แย่งอย่างที่คิด บางครั้งผู้บำบัดอาจทำให้เป็นเรื่องธรรมดาด้วยการบอกแก่ผู้รับบริการว่าตนก็มีประสบการณ์เช่นนี้มาเหมือนกันและก็อาจได้ตอบคล้าย ๆ กับที่ผู้รับบริการทำไป ในบางกรณีอาจมองเห็นปัญหาของผู้รับบริการเป็นธรรมดาตามทฤษฎีพัฒนาการ

2. การพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีกรอบความคิดทางบวกด้วยการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภทให้เหตุผลของการหยุดกินยาว่าตนหายแล้ว ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคจิต ผู้บำบัดอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีกรอบความคิดใหม่ด้วยการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน สิ่งที่ผู้ป่วยทั้งสองต้องปฏิบัติเหมือนกันคือการกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องกินยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องกินยาเพื่อช่วยควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม เพียงแต่ผู้ป่วยทั้งสองมีผลหรือต้นเหตุของความเจ็บป่วยไม่เหมือนกันเท่านั้น

3. การใช้คำถามประเมินค่า (Scaling Questions) เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงมีความสำคัญมากที่จะทำให้มีความหวังขึ้นมา และกระตุ้นให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความสำคัญของขั้นตอนเล็ก ๆ ที่สามารถนำไปสู่การประเมินความก้าวหน้าของการหาทางออกของปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ผู้บำบัดสามารถใช้คำถามประเมินค่าเพื่อประเมินความรู้สึกในคุณค่าแห่งตน สัมพันธภาพ ความตั้งใจที่จะลงมือกระทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ถึงความหวัง การรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหา ความเชื่อมั่นในการหาทางออก คำถามประเมินค่าถูกออกแบบมาเพื่อช่วยผู้บำบัดในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

4. การให้การบ้าน (Homework) ผู้บำบัดมักลงท้ายการบำบัดแต่ละครั้งด้วยการมอบหมายงานให้ผู้รับบริการไปทำ แล้วนำมาบอกเล่าในการบำบัดครั้งต่อไป การใช้คำถามต่าง ๆ เช่น คำถามประเมินค่า จะกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความคิดว่าจะทำอะไรได้บ้าง ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้รับบริการทดลองทำในสิ่งที่เป็นไปได้มากที่สุด แล้วมอบหมายให้ลองไปทำจริงในสถานการณ์จริง และให้สังเกตตนเองและคนรอบข้างว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้างภายหลังจากที่ได้ทดลองแล้ว การให้การบ้านเป็นเทคนิคที่สำคัญที่ใช้เสริมพลังอำนาจ หรือความมั่นใจในการแก้ปัญหาให้แก่ผู้รับบริการได้อย่างดี

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับ การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยแบบเรื้อรังที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดต่อการดำเนินชีวิต และส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน ทำให้บุคคลในสังคมต้องให้การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เป้าหมายของการให้การพยาบาลผู้ที่เป็โรคจิตเภทคือการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดความรุนแรง อุกลามของโรคเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติในการรับรู้ ไม่เข้าใจในปัญหา ความเจ็บป่วยของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็โรคจิตเภท พบว่าปัญหาสำคัญที่มักพบในผู้ที่เป็โรคจิตเภท คือ การป่วยซ้ำจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมักจะหยุดรับประทานยาเอง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโรคจิตเภท ภายหลังจากการได้รับการรักษาจนอาการทางจิตหายไ ผู้ป่วยมักจะหยุดรับประทานยาต่อเนื่อง จากการรับรู้ของผู้ป่วยที่ว่าอาการทางจิตที่หายไคือการหายของการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท แต่เป็นการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความจริงทางคลินิก ฉะนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงต้องให้การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องด้วยการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนมุมมองความ

เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศไทย จะมีก็เพียงการศึกษาความร่วมมือในการรักษาหรือความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมุมมองที่เน้นการหาทางออกสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสอดคล้องกลมกลืนกันของตัวตนที่ได้จากประสบการณ์และการรับรู้ ความสอดคล้องกลมกลืนกัน ทำให้นักคลพร้อมที่จะเปิดรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มองเห็นความเป็นไปได้ที่หลากหลายในการเป็นและอยู่กับสถานการณ์และความจริงนั้น ๆ นำไปสู่ภาวะสุขภาพ ในการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดมาจากทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน และแนวคิดการบำบัดแบบรวบรัดที่เน้นการหาทางออก (Solution-Focused Brief Psychotherapy) ของ เดอ เซสเซอร์ (De Zhaeser, 1988 อ้างถึงใน สายใจ พัวพันธ์, 2547) ที่เชื่อมั่นว่า ผู้รับบริการมีศักยภาพและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการจัดการกับสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพได้และมีมุมมอง และวิธีการใช้ทรัพยากรที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละคน ในสถานการณ์ที่เป็นจริงหรือความจริงของผู้รับบริการ โดยใช้เทคนิคการทำให้เป็นเรื่องธรรมดา (Normalizing) เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้เรียนรู้หรือรับรู้ประสบการณ์ของเขาหรือการตอบสนองของเขาเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องผิดปกติแต่อย่างใด การพัฒนากรอบความคิดใหม่ (Reframing) เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีกรอบความคิดทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตัวเอง ให้ผู้ป่วยมองปัญหาใหม่จากอีกมุมมองด้วยการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ การให้การบ้าน (Homework) เพื่อช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ทดลองไปทำจริงในสถานการณ์จริง และการใช้คำถามประเมินค่า (Scaling Questions) เพื่อช่วยในการสร้างแรงจูงใจ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการประเมินความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งในประกอบด้วย การบำบัด 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ตกลงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม สสำรวจกรอบความคิดปัจจุบันของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและการรักษา

สัปดาห์ที่ 2 ปรับมุมมองความเจ็บป่วยความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของชีวิต และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Normalizing)

สัปดาห์ที่ 3 สร้างกรอบความคิดใหม่เพื่อความสอดคล้องกลมกลืนกันของการรับรู้กับความเป็นจริง (Reframing)

สัปดาห์ที่ 4 กรอบความคิดใหม่ที่สอดคล้องกลมกลืนกันของการรับรู้กับความเป็นจริงเพื่อการดำเนินชีวิต

สัปดาห์ที่ 5 การดำรงไว้ซึ่งกรอบความคิดใหม่ (Do More of What Works)

สัปดาห์ที่ 6 กรอบความคิดใหม่ กับ สุขภาพดีได้ด้วยตนเอง (ดูรายละเอียดที่ภาคผนวก)