

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำจากการใช้สารเสพติด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

สุพรรณิ อุตสาห์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกำเริบซ้ำ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหาทางการพยาบาล และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย โดยใช้การศึกษาเชิงกรณีศึกษาแบบเปรียบเทียบในผู้ป่วย 2 ราย ณ โรงพยาบาลศรีรัตนะ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังในปี พ.ศ. 2568 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประเมินสุขภาพ ระหว่างวันที่ 17 มีนาคม 2569 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2569 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาภายใต้กรอบ Gordon's Functional Health Patterns

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัจจัยร่วม ได้แก่ การขาดความตระหนักต่อโรค การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและมีการติดตามต่อเนื่อง มีอาการทางจิตและการกลับเป็นซ้ำลดลงอย่างชัดเจน

การศึกษานำไปสู่การพัฒนาแนวทาง “Sriratana Relapse Prevention Guideline” และชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลแบบองค์รวมร่วมกับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการลดการกำเริบซ้ำ

คำสำคัญ: โรคจิตเภท, การใช้สารเสพติด, การกำเริบซ้ำ, กระบวนการพยาบาล, การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลศรีรัตนะ, E-mail: ksapanneeaut2@gmail.com

Nursing Care for Patients with Relapsed Schizophrenia Associated with Substance Use: A Comparative Case Study

Supanee Autsa, B.N.S.¹

Abstract

Schizophrenia with comorbid substance use is a major factor contributing to relapse. This study aimed to analyze associated factors, nursing problems, and care outcomes using a comparative case study design in two patients at Sriratana Hospital. Participants were selected using purposive sampling. Data were collected from retrospective medical records in 2025, in-depth interviews, and health assessments conducted between March 17 and April 30, 2026. Data were analyzed using content analysis based on Gordon's Functional Health Patterns.

The findings revealed that both patients shared common factors, including lack of insight, poor medication adherence, and repeated substance use, which were associated with relapse. Patients who received adequate family support and continuous follow-up demonstrated significant reductions in psychiatric symptoms and relapse rates.

The study led to the development of the “Sriratana Relapse Prevention Guideline” and highlights that holistic nursing care combined with continuous family and community support plays a crucial role in preventing relapse.

Keywords: schizophrenia, substance use, relapse, nursing process, family and community support

¹ Registered Nurse, Sriratana Hospital, E-mail: ksupaneeaut2@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความชุกประมาณร้อยละ 0.5–1 ของประชากรโลก และเป็นหนึ่งในโรคที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูง (American Psychiatric Association, 2013) ผู้ป่วยจำนวนมากมีการใช้สารเสพติดร่วม (dual diagnosis) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ เพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล และลดประสิทธิผลของการรักษา (WHO, 2021)

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต (2564) รายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการจำนวน 2,328,308 คน โดยร้อยละ 23.43 มีการใช้สารเสพติดร่วม สะท้อนถึงแนวโน้มปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมักมีความบกพร่องในการรับรู้ความเป็นจริง ขาดความตระหนักต่อการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำและกลับมารักษาซ้ำบ่อยครั้ง (กรมสุขภาพจิต, 2563)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมมีความซับซ้อนของปัญหาสูงทั้งด้านพฤติกรรม การรักษา การปรับตัวทางสังคม และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนาน และความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น (Hunt et al., 2018; Dixon et al., 2016) ในบริบทประเทศไทย ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการกำเริบซ้ำ ได้แก่ การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การขาดความตระหนักต่อโรค และการใช้สารเสพติดซ้ำ (กาญจนา นาคสมภพ และคณะ, 2562; จุฑามาศ ศรีสุวรรณ และคณะ, 2564)

สำหรับโรงพยาบาลศรีรัตน ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (1,696, 1,415, 1,609 และ 2,230 ราย) ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (110, 207, 436 และ 541 ราย) และมีการกำเริบซ้ำต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การขาดความรู้และความตระหนักในการใช้ยา การใช้สาร

เสพติด ความเครียด ปัญหาผู้ดูแล และการขาดการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการศึกษากระบวนการพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม โดยใช้กรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ เพื่อให้เข้าใจความแตกต่างของบริบทและผลลัพธ์การดูแล อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสามารถประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การศึกษาพัฒนารอบแนวคิดจากแนวคิด dual diagnosis เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยก้ำกัต่อการกำเริบซ้ำ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษารายกรณี (Case study Conceptual Framework) ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ มีปฏิสัมพันธ์กันและส่งผลต่อการกำเริบซ้ำของโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบซ้ำ
2. เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิด Gordon's Functional Health Patterns
3. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม
4. เพื่อสังเคราะห์แนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและพัฒนาแนวทางการป้องกันการกำเริบซ้ำ

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นลักษณะของการศึกษาเชิงกรณีศึกษาแบบเปรียบเทียบ (comparative case study) ด้วยการศึกษาระบบการพยาบาลและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม ดำเนินการ ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีรัตนะ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังในปี พ.ศ. 2568 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประเมินสุขภาพ ระหว่างวันที่ 17 มีนาคม ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2569

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม และมีประวัติการกำเริบซ้ำ จำนวน 2 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) : ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม มีประวัติการกำเริบซ้ำและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หรือมีผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) : ผู้ป่วยหรือญาติไม่ประสงค์จะร่วมในโครงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน
- แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง
- แบบประเมินสุขภาพตามกรอบ Gordon's

Functional Health Patterns

- แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 และผ่านการทดลองใช้ (pilot test) ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียง เพื่อปรับปรุงความชัดเจนและความเหมาะสมของเครื่องมือ ขณะที่ BPRS เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความเชื่อมั่นและได้รับการยอมรับในทางคลินิก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับความยินยอม โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ญาติ และการประเมินสุขภาพตามเครื่องมือที่กำหนด ภายใต้การรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ภายใต้กรอบ Gordon's Functional Health Patterns และเปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (รหัสโครงการ SPPH 2026-057) อนุมัติเมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2569 และมีอายุการรับรองถึงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2570 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อ้างอิงตาม Belmont Report และ Declaration of Helsinki ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และสิทธิในการถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรักษา และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์ทางคลินิก

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Demographic characteristics)

ประเด็น	รายที่ 1	รายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	34 ปี	24 ปี
สถานภาพ	โสด	โสด
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	ว่างงาน
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	ประถมศึกษาปีที่ 6
การวินิจฉัย	Schizophrenia	Schizophrenia
สารเสพติด	ยาบ้า	ยาบ้า + กัญชา
ระยะเวลาป่วย	7 ปี	4 ปี
จำนวนครั้ง Admit	3 ครั้ง	4 ครั้ง
อาการสำคัญ	หูแว่ว หวาดระแวง	หูแว่ว หวาดระแวง ก้าวร้าว
Family support	ค่อนข้างดี	ต่ำ
BPRS	58	75
ยาที่ได้รับ	Haloperidol IM, Diazepam IV, Flupentixol decanoate, Risperidone, Chlorpromazine, Clonazepam, Trihexyphenidyl, Fluoxetine	Haloperidol IM, Diazepam IV, Fluphenazine IM, Clozapine, Trihexyphenidyl, Sodium valproate, Clonazepam, Trazodon

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยทั้งสองรายมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน แต่แตกต่างกันด้านการใช้สารเสพติด (ยาบ้าและกัญชา) การสนับสนุนจากครอบครัว และความรุนแรงของอาการ โดยรายที่ 2 มีอาการรุนแรงกว่า (BPRS = 75) เมื่อเปรียบเทียบกับรายที่ 1

1.2 สถานการณ์รายกรณี

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาสำคัญร่วมกัน ได้แก่

- การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
- การใช้สารเสพติดซ้ำ
- การขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย (lack of insight)

ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรค โดยผู้ป่วยมีอาการสำคัญเป็นกลุ่ม positive symptoms ได้แก่ หูแว่วและหลงผิด ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเหมาะสมมีแนวโน้มควบคุมอาการและให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่า

1.3 ลักษณะร่วมของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ผู้ป่วยทั้งสองรายมีลักษณะร่วมสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

- โรคจิตเภท (Schizophrenia) ร่วมกับการใช้สารเสพติด
- การกำเริบซ้ำจากการขาดยาและการใช้สารเสพติด
- อาการทางจิตกลุ่ม positive symptoms ได้แก่ hallucination และ delusion

1.4 ความแตกต่างสำคัญระหว่างกรณีศึกษา

ตารางที่ 2 ประเด็นความแตกต่างสำคัญ

ประเด็น	รายที่ 1	รายที่ 2
ชนิดสารเสพติด	ยาบ้า	ยาบ้า + กัญชา
Insight	มีบางส่วน	ปฏิเสธทั้งหมด
Family support	ค่อนข้างดี	ต่ำ
ความรุนแรง	ปานกลาง	สูง
BPRS	58	75

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีความรุนแรงมากกว่า เนื่องจากการใช้สารเสพติดหลายชนิด (ยาบ้าและกัญชา) ร่วมกับการขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัย

ทางการพยาบาล

2.1 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบปัญหาทางการ

พยาบาล

จากการประเมินตาม Gordon's Functional Health Patterns พบความผิดปกติใน 5 ด้าน ได้แก่

- การจัดการสุขภาพ: ไม่ร่วมมือในการรักษา
- โภชนาการและการดูแลตนเอง: บกพร่อง
- การรับรู้และความคิด: hallucination, delusion
- บทบาทและความสัมพันธ์: สัมพันธภาพถดถอย
- การเผชิญปัญหา: ใช้สารเสพติด

2.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบข้อวินิจฉัยสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ Ineffective medication adherence, Risk for substance use relapse, Lack of insight, Self-care deficit และ Risk for violence

โดยผู้ป่วยรายที่ 2 มีความรุนแรงของปัญหา มากกว่าทุกด้าน โดยเฉพาะการขาด insight และความ เสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

Nursing Diagnosis	Case 1	Case 2	ระดับความรุนแรง	การแปลผล
Medication non-adherence	✓	✓✓	Moderate	รายที่ 2 ไม่ร่วมมือ มากกว่า
Substance relapse	✓	✓✓	Moderate	รายที่ 2 ใช้หลายชนิด
Lack of insight	✓	✓✓✓	Severe	รายที่ 2 ปฏิเสธโรค
Self-care deficit	✓	✓✓	Moderate	รายที่ 2 แยกตัวสูง
Risk for violence	✓	✓✓	Moderate	รายที่ 2 มี aggression

หมายเหตุ: ✓ = น้อย, ✓✓ = ปานกลาง, ✓✓✓ = มาก

3. กระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์

3.1 กระบวนการพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รายประกอบด้วย

- Psychoeducation
- ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
- ลดการใช้สารเสพติด
- การมีส่วนร่วมของครอบครัว
- การวางแผนจำหน่ายและติดตามต่อเนื่อง

ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

- 1) Acute phase: ควบคุมอาการและลดความก้าวร้าว
- 2) Rehabilitation phase:ฟื้นฟูสมรรถภาพและให้ความรู้

3.2 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

Intervention	รายที่ 1	รายที่ 2
Medication adherence	ดีขึ้น	ดีขึ้นเล็กน้อย
Substance cessation	ลดลง	ยังเสี่ยงสูง
Psychoeducation	เข้าใจบางส่วน	ปฏิเสธ
Family involvement	สูง	ต่ำ
Follow-up	ต่อเนื่อง	ไม่ต่อเนื่อง

จากตารางที่ 4 พบว่า

ผู้ป่วยรายที่ 1 มีพฤติกรรมมารักษาดีขึ้นอย่างชัดเจน

ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงเพียงบางส่วน และยังมี ความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดและการขาดการ ติดตาม

3.3 ผลการเปรียบเทียบ

พบว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวดี มี แนวโน้มควบคุมอาการและป้องกันการกำเริบซ้ำได้ดีกว่า ขณะที่ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนมีความเสี่ยงกลับไปใช้สาร เสพติดและเกิด relapse สูงกว่า

4. แนวทางการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

จากการวิเคราะห์ สามารถสังเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำ ได้แก่

- การไม่รับประทานยา
- การใช้สารเสพติด
- การขาด insight
- การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

และพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลต่อเนื่อง โดยเน้น

- การเสริมสร้าง adherence
- การป้องกัน substance relapse
- การมีส่วนร่วมของครอบครัว
- การติดตามในชุมชน

ซึ่งสามารถสังเคราะห์เป็นรูปแบบการป้องกันการกำเริบซ้ำ (Relapse Prevention Model) เพื่อใช้ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

5. การสังเคราะห์เชิงระบบ

ผลการศึกษาพบลักษณะของความสัมพันธ์ของการเกิดการกำเริบซ้ำดังนี้

การใช้สารเสพติด → การไม่รับประทานยา → ขาด insight → อาการกำเริบ → การเข้ารับการรักษาซ้ำ
โดย “ครอบครัวและชุมชน” เป็นปัจจัยกำกับสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาและการป้องกันการกำเริบซ้ำ
อภิปรายผล

ผลการศึกษายืนยันว่าการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมเกิดจากปฏิสัมพันธ์เชิงระบบชีวภาพ-จิตใจ-สังคม มากกว่าปัจจัยเชิงเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับ Stress-Vulnerability Model และ Dual Diagnosis Model ที่อธิบายความเปราะบางร่วมกับแรงกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมและผลเสริมแรงของโรคร่วม

ข้อค้นพบสำคัญคือ “insight” ทำหน้าที่เป็นกลไกแกนของระบบ โดยเชื่อมโยงการรับรู้การเจ็บป่วย การใช้ยา และการใช้สารเสพติด หาก insight บกพร่อง จะเกิดการหยุดยา การใช้สารเสพติด และนำไปสู่การกำเริบซ้ำแบบเป็นวงจรต่อเนื่อง ดังนั้น insight จึงควรพิจารณาเป็นตัวกำหนดเชิงโครงสร้างต่อการดำเนินโรค

ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา และลดความเสี่ยงการกำเริบซ้ำ สอดคล้องกับแนวคิด Social Determinants of Health และแนวทาง WH

อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดสำคัญคือความไม่ต่อเนื่องของการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งเป็นช่องว่างเชิงระบบที่ส่งผลการกลับเป็นซ้ำ

ดังนั้น การป้องกันการกำเริบซ้ำควรใช้แนวทางเชิงระบบ โดยบูรณาการการพัฒนา insight การส่งเสริมการใช้ยา การควบคุมสารเสพติด และการเสริมพลังครอบครัว-ชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล และลดการกำเริบซ้ำอย่างยั่งยืน

บทสรุป

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำ ได้แก่ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และการขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย (lack of insight) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมอาการและทำให้เกิดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในขณะเดียวกัน พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและการติดตามต่อเนื่องในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงการกำเริบซ้ำ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มควบคุมอาการได้ดีกว่าและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้มากกว่า รวมทั้ง สามารถสรุปเป็น แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำได้ 4 แนวทางสำคัญ ได้แก่

- 1) การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ
- 2) การป้องกันและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ
- 3) การเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย (insight enhancement)
- 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการติดตามต่อเนื่องในชุมชน

แนวทางดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ลดอัตราการกำเริบซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบกรณีศึกษาเพียง 2 ราย ซึ่งอาจไม่สามารถสรุปผลในระดับประชากรได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงลึกที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมในบริบทพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความสำคัญของการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติดแบบองค์รวมครอบคลุมระดับผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ระดับการพยาบาล (ระดับหน่วยบริการ/พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาล)

- พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ควรพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการเสริมสร้าง insight อย่างเป็นระบบ

- ใช้เทคนิค psychoeducation และ motivational interviewing เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา

- ใช้ระบบ case management โดยพยาบาลจิตเวชประจำรายกรณี (case manager nurse) เพื่อติดตามต่อเนื่อง

- จัดทำ discharge planning ร่วมทีมสหวิชาชีพและเชื่อมต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อย่างเป็นระบบ

2) ระดับครอบครัว

- พยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพ ควรจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล (caregiver education program) โดยดำเนินการผ่านโรงพยาบาลและคลินิกจิตเวช

- พัฒนาโปรแกรม family empowerment เพื่อลด expressed emotion และเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วย

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวผ่านระบบ family meeting ในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้านโดยทีมชุมชน

3) ระดับชุมชนและระบบบริการ (Community and Health System)

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ

โรงพยาบาลแม่ข่าย ควรพัฒนาระบบ continuity of care ระหว่างโรงพยาบาล-รพ.สต.-ชุมชน

- พัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตระดับพื้นที่ (District Mental Health Network) ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

- สนับสนุนบทบาท อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการคัดกรองอาการกำเริบและติดตามการใช้ยา

- ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต.

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต) ควรกำหนดนโยบาย Community-based Mental Health Care ให้เป็นระบบหลักของประเทศตามแนวทาง WHO

- พัฒนาระบบ case management for severe mental illness โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

- สนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กองทุนสุขภาพตำบล) เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- บูรณาการระบบบริการสุขภาพจิตเข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.)

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (mixed-methods research) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา และพัฒนาโมเดลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมที่สามารถขยายผลในระดับระบบบริการสุขภาพได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประเทศไทย ปีงบประมาณ 2564*. กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฑามาศ ศรีสุวรรณ, และคณะ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยากับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(2), 45–58.
- ธนพร อินทร์สุข, และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 18(1), 75–89.
- นงลักษณ์ สุขสม, และคณะ. (2565). บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 36(1), 12–25.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Dixon, L. B., Holoshitz, Y., & Nossel, I. (2016). Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: Review and update. *World Psychiatry*, 15(1), 13–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20310>
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application* (3rd ed.). Mosby.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence. *Patient Preference and Adherence*, 7, 117–130. <https://doi.org/10.2147/PPA.S39386>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 113(4), 660–669. <https://doi.org/10.1111/add.14079>
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1324–1342. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm002>
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2000). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. Guilford Press.
- Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD000088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub3>
- Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric nursing: Concepts of care* (8th ed.). F. A. Davis.
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int>