



## บทความวิชาการ

# การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และ แนวทางการป้องกัน

สุดาพร สถิติยุทธการ\*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 12 พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

### บทคัดย่อ

การกลับเป็นซ้ำเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแต่ก็ยังคงเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ สถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การเกิดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญทำให้เกิดความผิดปกติของสมองและเกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้นได้ง่าย ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งยังทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นับเป็นมูลค่ามหาศาลในแต่ละปีของประเทศ ดังนั้น การเรียนรู้สาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย การประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำ การตรวจสอบอาการเตือนก่อนการกลับเป็นซ้ำ การพัฒนาแผนการปฏิบัติการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเตรียมการเพื่อปฏิบัติตามแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการบูรณาการแผนปฏิบัติการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งแผนปฏิบัติการในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำดังกล่าวจะส่งผลให้บุคลากรทางสุขภาพและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการดูแลและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้และเข้าใจในสถานการณ์และแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มุ่งเน้นความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลต่อประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยจิตเภท/ การกลับเป็นซ้ำ/ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม โดยมีลักษณะอาการของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอาการแสดงด้านบวก (positive symptoms) ประกอบด้วยอาการหลงผิด (delusions) และอาการประสาทหลอน (hallucination) 2) กลุ่มอาการแสดงด้านลบ (negative symptoms) เป็นการแสดงออกอารมณ์เฉยเมย การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ หรือไม่แสดงอารมณ์ (American Psychiatric Association, 2013) มีอาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด โรคจิตเภท เมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย เป็นโรคที่เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาด จึงเป็นโรคเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ (Lortrakul and Sukanid, 2015) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ 1) ระยะก่อนป่วย (premorbid) 2) ระยะอาการนำ (prodromal) 3) ระยะเกิดโรคครั้งแรก (first episode) หรือระยะต้น (early course) และ 4) ระยะเรื้อรัง (chronic phase) (Herz and Melville, 1980; Leelahanaj, 2009) โดยระยะเรื้อรังถือว่าเป็นระยะที่สำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยมีอาการทางจิตที่ผิดปกติตั้งแต่หนึ่งครั้งขึ้นไป สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD10 ที่ระบุว่าได้รับการรักษาแบบการรักษาระยะยาว (long term care) โดยอาจจะไม่มีหรือมีอาการทางลบก็ได้ (WHO, 2015) ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการคงที่อาจไม่มีอาการผิดปกติทางจิตให้เห็นชัดเจน (asymptomatic) แต่พบว่ามีอาการผิดปกติทางจิตให้เห็นชัดเจน ได้แก่ ความรู้สึกกดดัน วิตกกังวล

นอนไม่หลับ หรือมีอาการทางบวกในระดับเล็กน้อย (Herz and Mardar, 2002) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทที่จัดอยู่ในระยะเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ครั้ง มีประสบการณ์การเจ็บป่วยในระหว่างการดำเนินของโรคทั้งในอาการนำและอาการกำเริบ โดยในระยะเรื้อรังผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในการแยกตัวเอง มีความคิดเข้าข้างตนเอง มีความบกพร่องในการดูแลสุขอนามัยของตนเองและการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ที่เรียบเฉยหรือไม่เหมาะสม พูดน้อยหรือพูดต่อเติมเสริมแต่งความคิดที่ไร้เหตุผลหรือการขาดความกระตือรือร้น (Lamberti, 2001)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในระยะเรื้อรังนั้น มีโอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำหรือเกิดการกำเริบของโรคได้สูง การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นลักษณะของการมีอาการที่แย่ลง (worsened symptoms) หรือการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (hospital admission) หรือ หมายถึง การเสื่อมถอยหรือการเกิดขึ้นในลักษณะด้านบวกมากกว่าด้านลบ อย่างไรก็ตาม ความหมายของการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน (Ayuso-Gutierrez & del Rio Vega, 1997) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทเป็นลักษณะของอัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล (63%) การมีอาการทางจิตเกิดขึ้น (60%) และการมีอาการทางบวกและทางลบเพิ่มขึ้น (43%) (Almond et al., 2004) ดังนั้น การกลับเป็นซ้ำ (relapse) อาจสรุปได้ว่า เป็นการเกิดขึ้นของอาการทางจิตจากความผิดปกติของจิต ซึ่งระดับของอาการทางจิตที่ผิดปกติจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งมีอาการที่เพิ่มมากขึ้นและแย่ลงของอาการด้านบวก ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยประกอบด้วย ความคิดหลงผิด (delusions) ประสาทหลอน (hallucinations) และมีความคิดฟุ้งซ่าน (conceptual disorganization) หลังจากจำหน่ายออก



จากโรงพยาบาลไปแล้ว (Burn, Fiander, and Audini, 2000; Lamberti, 2001) การกลับเป็นซ้ำสามารถเกิดขึ้นและส่งผลต่อการบำบัดรักษาโรคจิตเภท โดยแต่ละครั้งที่มีอาการกลับเป็นซ้ำก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากโรคโดยใช้ระยะเวลายาวนานยิ่งขึ้น ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือทางจิตเพิ่มมากขึ้น (Shepherd et al., 1989) และมีความบกพร่องทางด้านสังคมเพิ่มมากขึ้น (Hogarty et al., 1991) ดังนั้น ปัญหาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจึงเป็นสถานการณ์ที่พบได้บ่อย จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นอย่างมากที่จะต้องหาแนวทางในการป้องกันเพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต่อไป

## สถานการณ์การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงและทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลในสังคมทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัวจนถึงระดับประชากรของประเทศ (Wang, Petrini, & Morisky, 2016) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด จะเห็นได้จากสถิติประชากรทั่วโลก พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน (WHO, 2015) โดยมีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 0.5-1.5 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2007) และที่สำคัญ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 70 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ไม่เกิน 6 เดือนและมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Malla & Norman, 1994; Ayuso-Gutierrez & de Rio Vega, 1997; Meijei, Gagg, Kahn & Grypdonck, 2003) การกลับเป็นซ้ำเป็นการเพิ่มโอกาสของการมีพยาธิสภาพที่ถาวร (Mueser & McGurk, 2004) ส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งต่อตนเอง ครอบครัว

สังคม และประเทศชาติ (American Psychiatric Association, 2013) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 50-60 ในระยะเวลาการเจ็บป่วย 5-6 ปี (Robinson et al., 1999) และพบว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูงระหว่างร้อยละ 50-80 ในปีต่อมาหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Wiersma, Nienhuis, Sloof, and Giel, 1998)

สำหรับประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยนอกที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2557 จำนวน 214,193 ราย พบว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 82,838 ราย ซึ่งมากที่สุด ในจำนวนโรคทางจิตเวชทั้งหมด และสถิติการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2015) จากการติดตามการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลต้องกลับเขามารับการรักษาภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 5.90, 8.48 และ 7.23 ตามลำดับ และภายใน 90 วันเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 15.03, 14.32 และ 15.19 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่ควรให้การช่วยเหลือและป้องกันเป็นอย่างมาก (Wongsin, Yunibhand, and Suktrakul, 2012)

## ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การเกิดการกลับเป็นซ้ำเกิดได้หลายสาเหตุ



ตามแนวคิด The vulnerability/stress model (Nuechterlein et al., 1994) ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยสาเหตุของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ได้กล่าวว่า เกิดจากการเพิ่มมากขึ้นของปัจจัยอ่อนแอในตัวผู้ป่วย (vulnerability factors) จากการเพิ่ม dopamine activity (DA) (Udomrat and Wasinanon, 2009) รวมทั้งมีการศึกษาถึงปัจจัยที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ จากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท อันเนื่องมาจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Kanthasaibour, 2001; Chumchong, 2004; Koomsubaunn, and Boonchoie, 2004; Muller, 2004; Taylor et al., 2005; Adelufosi, Adebowale, Abayomi, & Mosanya, 2012; Wongsin et al., 2012) การใช้สารเสพติด (Taylor et al., 2005) ผู้ป่วยมีอายุน้อย (Coodin et al., 2004) และผู้ป่วยบกพร่องในการดูแลตนเอง (Yunibhand, 1991)

2. ปัจจัยทางจิตใจ จากการเผชิญความเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์ และขาดความเข้าใจในทักษะการเผชิญความเครียด อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อยครั้ง (Tan et al., 2012)

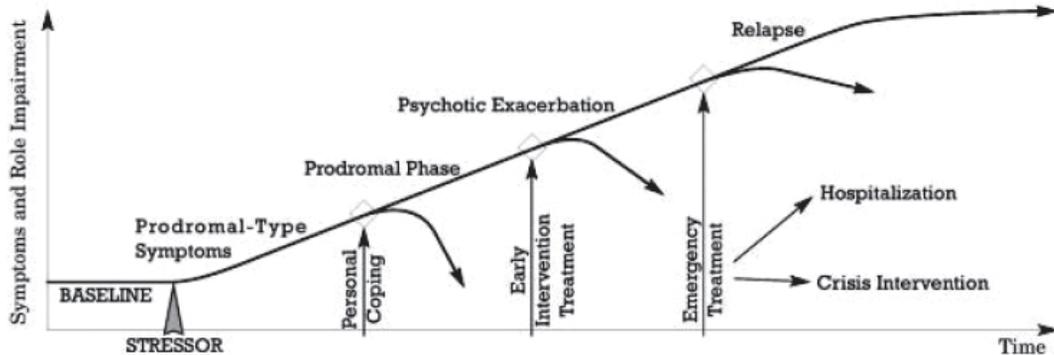
3. ปัจจัยทางสังคม จากผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว (Nuechterlein et al., 1992; Butzlaff & Hooley, 1998; Lortrakul and Sukanid, 2015) มีทัศนคติไม่ดีต่อการเจ็บป่วยและมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (Kruewan, 2009) ครอบครัวรู้สึกวิตกกังวลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ หรือไม่สามารถกลับไปทำงานหรือหน้าที่ทางสังคม จึงส่งผลให้ครอบครัวเกิดความผิดหวัง โกรธ ความอดทนในการดูแลลดลง จึงแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotional) ด้วยการตำหนิวิพากษ์

วิจารณ์ แสดงท่าทีไม่เป็นมิตร หรือจู้จี้กึ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดอิสระที่จะตัดสินใจหรือกระทำการใดๆ ด้วยตนเอง (Breitborde, Lopez & Nuechterlein, 2009) ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว (Dechduang, 2002) ไม่มีเงิน ไม่มีอาชีพ (Jampong, 1999; Koomsubaunn and Boonchoie, 2004; Compton et al., 2006) และการไม่ครอบคลุมของเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้ป่วย (Pratchayakhup, 2005) นอกจากนี้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ (Adewuya, 2009)

## กระบวนการเกิดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การศึกษาการเกิดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนซึ่งเกิดขึ้นทุกช่วงเวลาและค่อยๆ พัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในระยะอาการนำ (prodromal phase) จะมีอาการเตือนนำมาก่อน (early warning signs=EWS) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการก่อนการกำเริบของโรค (Herz & Melville, 1980; Heinrichs & Carpenter, 1985; Birchwood et al., 1989)

จากรูปภาพ ในจุดเริ่มต้น (baseline) แสดงให้เห็นระดับอาการที่คงที่ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนจะยังคงมีอาการทางจิตอยู่ บางรายมีอาการมาก บางรายมีอาการน้อย ในระดับนี้สามารถบอกความแตกต่างของอาการได้อย่างชัดเจน ก่อนการเกิดการกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมในระยะอาการนำ หรือเรียกว่า อาการเตือนเริ่มต้น อาการเตือนที่พบมากที่สุด คือ มีความตึงเครียดและอาการทางประสาทเพิ่มขึ้น ความรู้สึกอยากอาหารลดลง ไม่มีสมาธิ นอน



รูปภาพ แสดงกระบวนการเกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Herz and Melville, 1980)

หลับยาก ซึมเศร้าและแยกตัวจากสังคม (Herz & Melville, 1980) โดยระยะเวลาเกิดอาการเตือนเริ่มต้นนี้ไม่สามารถระบุได้ อาจใช้ระยะเวลา 2-3 วัน หรือเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือนก็ได้ การเกิดอาการเตือนเริ่มต้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สามารถช่วยในการบำบัดขั้นต้น (early intervention) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตได้ หากอาการของอาการเตือนเริ่มต้นเพิ่มขึ้นเล็กน้อยสัมพันธ์กับจุดตั้งต้น แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดลงหรือไม่ผลต่อผู้ป่วยจิตเภทมากนัก แต่หากอาการเตือนเริ่มต้นทางจิตผิดปกติเพิ่มมากขึ้นและผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการที่ผิดปกติได้จะนำไปสู่การบำบัดดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

### ผลกระทบของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

เมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังย่อมก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายด้าน จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะมีอาการทางลบสูงถึงร้อยละ 41 (Patel et al., 2015) ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health,

Ministry of Public Health, 2015) รายงานว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางลบประมาณร้อยละ 30 ลักษณะอาการที่พบ ได้แก่ พุดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ เนื้อหาที่พุดมีน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก หน้าที่าเฉยเมยไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล อาการของผู้ป่วยอาจจะเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในหลายๆ ด้าน เช่น การนึกคิด การรับรู้ความจริง ประสาทสัมผัสการรับรู้ความรู้สึก กระบวนการคิด พฤติกรรม และการตัดสินใจ ซึ่งการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่งผลกระทบ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เป็นผลกระทบที่มาจากความบกพร่องของความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ จากเหตุผล 3 ประการ คือ

1.1 องค์ประกอบของประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ภาวะหมดกำลังใจ (demoralization) และการกลับคืนสู่ภาวะปกติ (renormalization) (Finkelman, 2000) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ก็จะอยู่ในประสบการณ์การเจ็บป่วยด้านภาวะหมดกำลังใจ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem)



ความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (low self-confidence) และความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ย่อย ซึ่งเป็นผลมาจากความรุนแรงของการเจ็บป่วย

1.2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเคยประสบกับการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและยังคงมีอาการหลงเหลือทางจิตอยู่อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เกิดภาวะซึมเศร้า และบางรายถึงกับฆ่าตัวตาย (Aoonanong, 2008)

1.3 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมักจะเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นประจำ ซึ่งเป็นผลมาจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผลกระทบที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา และการที่ไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติทางจิตได้ จึงส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค (relapses) การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (re-hospitalization) และไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ (housing instability) (Fisher, Geller, Ataffer, and Bennet, 1992)

1.4 การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ทำให้จำกัดการเรียนรู้ที่สำคัญในการสื่อสารและทักษะทางสังคม และอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ก็ทำให้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ บกพร่องไป (Finkelman, 1997) รวมทั้งอาการทางลบที่มักพบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่งผลต่อการทำหน้าที่ในสังคม จึงทำให้ผู้ป่วยแยกตัวและขาดการสนับสนุนทางสังคม

2. ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว เมื่อผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่บ้านทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (Udomrat and Wasinon, 2009) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด กัดดัน รู้สึกเป็นภาระ ทำให้เกิดการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อกันในครอบครัว นอกจากนี้ ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ต่อนักผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียดในระดับสูง จึงมีแนวโน้มเกิดการกลับ

เป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Wongsin et al., 2012; Hooley, 2007; Sonpaveerawong, 2002)

3. ผลกระทบทางด้านสังคม เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ส่งผลต่อต้นทุนการรักษาสูง (Almond et al., 2004) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประเทศต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งหากผู้ป่วยมีอาการระดับรุนแรง จนไม่สามารถควบคุมการรับรู้หรือจำแนกความเป็นจริง จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือฆ่าตัวตายตามมาได้ (Hor & Taylor, 2010) ทำให้เกิดการสูญเสียบุคคลซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศไป

## แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังถือเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลจิตเวชเนื่องจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นของโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน ความเข้าใจและการทำงานร่วมกับบุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นสิ่งที่ค่อนข้างยาก (Wilson and Kneisl, 1992) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามแนวคิดของ Meijel, Gaag, Kahn et al. (2003) และแนวคิดของ Kuntasuibua (2001) ได้พัฒนาโดยพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว รวมทั้งแนวคิดของ Birchwood, Spencer and McGoven (2000) ได้พัฒนาวิธีการสำหรับการรับรู้และจัดการกับอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการจัดการอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ 2 ด้าน คือ การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดและการรักษาด้วยยา ซึ่งในด้านการรักษาด้วยยานั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาตั้งแต่เริ่มมีอาการเตือนเกิดขึ้นและต่อเนื่องไปอีก 2 ปีขึ้นไปจึงจะสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตได้ ร้อยละ 12-23 (Marder



et al., 1994) ส่วนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดได้นำแนวความคิดการกลับเป็นซ้ำของ Vulnerability-Stress model (Zubin and Spring, 1977) เป็น การอธิบายถึงอาการของโรคจิตเภทที่เกิดจากการ กระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้บุคคลเกิดความ อ่อนแอและนำไปสู่การเกิดความเครียดหรือมีทักษะ ในการจัดการกับความเครียดลดลง จึงเกิดการกลับ เป็นซ้ำ ซึ่งการวางแผนในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย การประเมินความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำ การตรวจสอบอาการเตือน ก่อนการกลับเป็นซ้ำ การพัฒนาแผนการปฏิบัติ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเตรียมการเพื่อปฏิบัติตาม แผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการบูรณาการ แผนปฏิบัติการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสู่ครอบครัว และชุมชน ซึ่งแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำนี้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมของผู้ป่วย จิตเภทในด้านความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีรายละเอียดของการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำ (assessment of relapse knowledge and understanding) เป็นการประเมินความคิดพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยแต่ละคนถึงอาการของการกลับเป็นซ้ำและวิธีการจัดการของแต่ละคน การเน้นการ เข้าใจในทัศนคติต่อการเจ็บป่วยของตัวเอง การ รับรู้ความเสี่ยงในการเกิดการกลับเป็นซ้ำและความ สามารถในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากนั้นจึงให้ ข้อมูลโรคจิตเภท การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและการ ดูแลผู้ป่วยแก่ครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่ กระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทเพื่อให้ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงสาเหตุของการกลับเป็น ซ้ำและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. การตรวจสอบอาการเตือนก่อนการกลับ เป็นซ้ำ (monitoring of early signs of relapse) เป็นการค้นหาอาการแรกเริ่มก่อนเกิดการกลับเป็นซ้ำ ของแต่ละคน โดยทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับอาการเตือน

ของการกลับเป็นซ้ำด้วยการทบทวนการเปลี่ยนแปลง ในด้านความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมของ ตนเองที่นำไปสู่การเจ็บป่วยแต่ละครั้ง รวมทั้งทบทวน ถึงสิ่งที่คิดว่าเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการเหล่านี้ ซึ่ง อาการเตือนที่พบมากที่สุด คือ มีความตึงเครียดและ อาการทางประสาทเพิ่มขึ้น ความรู้สึกอยากอาหาร ลดลง ไม่มีสมาธิ นอนหลับยาก ซึมเศร้าและแยก ตัวจากสังคม (Herz & Melville, 1980) โดย Moller and Murphy (2001) ได้เสนอแนวทางการพยาบาล เพื่อจัดการกับอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

- 2.1 การระบุอาการที่เป็นอาการเตือนก่อนการ กลับเป็นซ้ำ (identify symptoms that signal relapse) เนื่องจากอาการเตือนทางจิตที่เคยเกิดใน ครั้งก่อนสามารถเกิดขึ้นได้อีก ในระยะนี้ พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวควรตรวจสอบและประเมิน อาการเริ่มต้นที่มีความผิดปกติอย่างน้อยสัปดาห์ละ ครั้ง โดยการระบุตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการที่เป็น อาการเตือนก่อนการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งในขั้นตอนนี้มี วิธีการฝึกการประเมินอาการเตือนก่อนการกลับเป็นซ้ำ 2 ประเภท คือ

- 2.1.1 การฝึกบันทึกเส้นเวลา (time line exercise) เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยแต่ละคนบันทึก สถานการณ์ที่มีความสำคัญ ตั้งแต่วันที่เริ่มมีเหตุการณ์ ที่ทำให้เกิดอาการเตือนจนถึงวันที่มารับการรักษาที่ เคยเกิดขึ้นในครั้งที่ผ่านมา โดยอาการเตือนก่อนการ กลับเป็นซ้ำที่ผู้ป่วยสามารถระบุได้จะเชื่อมโยงกับ เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดในอนาคตได้ จึง เป็นแนวทางในการป้องกันเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงใน ด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยง จากสถานการณ์ดังกล่าว

- 2.2.2 การฝึกคัดเลือกบัตรคำอาการเตือน (the card sort exercise) เป็นการจัดทำบัตรคำ ที่ประกอบด้วยอาการเตือนและอาการที่ไม่ใช่อาการ เตือนก่อนการกลับเป็นซ้ำ แล้วให้ผู้ป่วยเลือกบัตร คำที่ตรงกับประสบการณ์ของอาการเตือนก่อนที่จะมี อาการผิดปกติของตนเองและวางบัตรคำนั้น เรียง



ตามลำดับอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และให้ผู้ป่วยพูดบรรยายถึงอาการที่ระบุได้จากบัตรคำ ร่วมกันอภิปราย การฝึกอธิบายถึงสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการ และให้ข้อมูลเพิ่มเติม เน้นการสนับสนุนให้แต่ละคนเข้าใจความหมายตามประสบการณ์ของตนเอง

2.2 การพัฒนาแนวทางการจัดการกับอาการกลับเป็นซ้ำ (development of a relapse drill) เป็นการเลือกเทคนิควิธีการจัดการกับอาการที่เป็นอาการเตือน การระบุกลวิธีการเผชิญกับตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการที่เป็นอาการเตือน และการระบุการช่วยเหลือในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในครั้งต่อไป ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนการวางแผนการปฏิบัติ โดยการติดตามจากอาการเตือนที่เริ่มเกิดขึ้นก่อนที่จะมีการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต ซึ่งอาการเตือนที่เกิดขึ้นมักจะเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ในขั้นนี้การจัดการกับอาการเป็นการพัฒนาความร่วมมือจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และแหล่งบริการ ซึ่งการช่วยเหลือประกอบด้วย

2.2.1 การหาแหล่งช่วยเหลือ (pathway to support) เมื่อมีอาการเตือนเกิดขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรจะได้รับทราบข้อมูลในการติดต่อศูนย์บริการสุขภาพจิตตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการติดต่อขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินหรือในวันหยุด

2.2.2 การให้ความช่วยเหลือจากแหล่งบริการ (service interventions) ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับทราบถึงบริการที่จะได้รับจากแหล่งบริการ ได้แก่ การจัดการกับความวิตกกังวลหรือความเครียด การให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ การบำบัดทางความคิด และการติดตามผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน

2.2.3 กลวิธีการจัดการกับปัญหาของบุคคล (personal coping strategies) ซึ่งจะต้องประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหามาว่าประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด หรือความรู้ใหม่ที่ได้รับในการจัดการกับอาการเตือนก่อนการกลับเป็นซ้ำ เพื่อนำวิธีการแก้ไขปัญหามาใช้เป็นแนวทางในการนำไปใช้ต่อไป

2.3 การฝึกการติดตามอาการเตือน (rehearsal and monitoring) การประเมินการรับรู้อาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำของแต่ละคนและวิธีการจัดการ โดยการใช้แบบบันทึกอาการเตือนของตนเอง และการแสดงบทบาทสมมติในการจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้น นำสถานการณ์สมมุติมาอภิปรายถึงความยุ่งยากที่อาจจะเกิดขึ้นและจะแก้ไขความยุ่งยากเหล่านั้นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองให้เหมาะสมต่อไป

2.4 การอธิบายลักษณะของอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำและการจัดการกับอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ (clarification of the relapse signature and drill) เป็นส่วนสำคัญของการฝึกการติดตามอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือน โดยแต่ละคนควรได้รับการเรียนรู้การประเมินลักษณะของอาการเตือนที่เคยเกิดขึ้นกับตนเองและวิธีการจัดการกับอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำอย่างถูกต้องและเหมาะสมจากพยาบาลจิตเวชหรือนุคลากรที่มีความรู้และเชี่ยวชาญทางจิตเวชมากกว่าการบำบัด โดยการใช้ประสบการณ์ทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์ในการเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำและปรับปรุงวิธีการจัดการกับการกลับเป็นซ้ำที่ไม่เหมาะสมให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. การพัฒนาแผนปฏิบัติการในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (develop an action plan to prevent of relapse) โดยการวางแผนปฏิบัติการในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำมี 4 องค์ประกอบ (Meijel, Gaag, Kahn, and Grypdonck, 2003) ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีการสังเกตและประเมินอาการเตือนที่เกิดขึ้นก่อนการกลับเป็นซ้ำ โดยต้องมีรายละเอียดของลักษณะและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งการแก้ไขเบื้องต้นที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เคยปฏิบัติ ดังนั้น การที่มีผู้ดูแลที่สามารถให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีความสำคัญเป็นอันดับแรกสำหรับแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



3.2 ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องสามารถประเมินสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด รวมทั้งการจัดการกับความเครียดที่เคยใช้ในครั้งที่ผ่านมา เพราะความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (Nuechterlein et al., 1994) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเปราะบางในจิตใจจึงก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างหรือสิ่งรอบตัวเพื่อช่วยในการลดความเครียด ดังนั้น การนำข้อมูลในด้านสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดและการจัดการกับความเครียดในอดีตมาใช้ในการวางแผนก็จะทำให้แนวทางในการพัฒนาแผนปฏิบัติการในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยแนวทางในการจัดการกับความเครียดมีดังต่อไปนี้

3.2.1 การบันทึกรายละเอียดของสถานการณ์ที่เคยก่อให้เกิดความเครียดในอดีต เพราะการเผชิญกับสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดยิ่งทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงของความเครียดมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรพึงระวังและหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดมี 2 ประเภท คือ สิ่งกระตุ้นความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น การที่ผู้ป่วยอยู่ท่ามกลางฝูงชนที่แออัดและส่งเสียงดัง เป็นต้น และสิ่งกระตุ้นความเครียดจากภายในตัวของผู้ป่วย เช่น การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองถูกจำกัดด้วยสิ่งรอบตัวอยู่ตลอดเวลา เป็นต้น

3.2.2 การบันทึกกลวิธีการจัดการความเครียดเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น โดยกลวิธีการจัดการความเครียดนี้อาจเป็นวิธีที่ผู้ป่วยเคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในการลดความเครียดก็สามารถนำกลวิธีดังกล่าวมาใช้ในครั้งต่อไป เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น กลวิธีการจัดการความเครียดที่ใช้แล้วเกิดประสิทธิผลที่ดี ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการคิดบวกต่อตนเอง รวมทั้งการรับประทานยารักษาทางจิตเวชอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3.3 การบันทึกกิจกรรมที่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติร่วมกันกับผู้ป่วยในการช่วยเหลือ

ให้ผู้ป่วยได้พ้นภัยจากโรคและป้องกันการกลับป่วยซ้ำ เนื่องจากการสนับสนุนทางครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงเสริมทางบวกในการที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ดังนั้น พยาบาลต้องเป็นตัวกลางในการสร้างความเข้าใจระหว่างครอบครัวและผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 การปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติมี 3 กิจกรรม ดังนี้

3.4.1 กิจกรรมการดูแลที่กำหนดโดยแพทย์ เช่น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาทางจิตเวชอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3.4.2 กิจกรรมที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือติดต่อกับเพื่อนบ้านเพื่อให้เข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น

3.4.3 กิจกรรมที่เป็นไปตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย เช่น การทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือแหล่งช่วยเหลือทางสังคมเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

4. การเตรียมการเพื่อปฏิบัติตามแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (preparation of implement an action plan) ในระยะนี้ พยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว ได้ร่วมกันปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ โดยมุ่งหวังให้พ้นภัยจากอาการเตือนทางจิตที่ประเมินได้ โดยการจัดการกับอาการผิดปกติดังกล่าว การให้ความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม และการลดสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย

5. การบูรณาการแผนปฏิบัติการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสู่ครอบครัวและชุมชน (facilitate integration into family and community) โดยจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง ตลอดจนการประเมิน



สัญญาณหรืออาการต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง รวมทั้งประสบการณ์การจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้สามารถจัดการกับปัญหาและอาการผิดปกติในช่วงแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวางแผนการพยาบาลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลต้องคำนึงถึงความสามารถและความเข้มแข็งของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง รวมทั้งความต้องการในการไม่ยอมกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากความรู้เรื่องการจัดการกับอาการเตือนและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำนั้นเป็นส่วนที่สำคัญของแผนการพยาบาล การประเมินผลลัพธ์ในแผนการพยาบาลขึ้นอยู่กับระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้น

## สรุป

การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากการรับประทานยาทางจิตเวช อาการทางจิตที่เกิดขึ้นอย่างคาดเดาไม่ได้ว่าจะเกิดเมื่อไหร่ การถูกตรวจพบทางสังคมและการถูกแปลก

แยกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องของความสามารถและการทำหน้าที่ด้านต่างๆ การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งเป็นภาระในการดูแลของประเทศ นอกจากนั้น สถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงถือเป็นปัญหาสำคัญที่ควรให้การช่วยเหลือและป้องกันเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำสามารถทำได้โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน รัฐบาล และบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลควรตระหนักถึงอันตรายและปฏิบัติตามบทบาทการพยาบาลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในการประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำ การตรวจสอบอาการเตือนก่อนการกลับเป็นซ้ำ การพัฒนาแผนการปฏิบัติการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเตรียมการเพื่อปฏิบัติตามแผนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการบูรณาการแผนปฏิบัติการป้องกันการกลับเป็นซ้ำสู่ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งก็จะสามารถลดลงการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้

## รายการอ้างอิง

Adelufosi, A. O., Adebowale, T. O., Abayomi, O., & Mosanya, J. T. (2012). Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry, 34*(12), 72-79.

Adewuya, A. O., Owoeye, O. A., & Erinfolami, A. R. (2009). Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern

Nigeria. *General Hospital Psychiatry, 31* (9), 167-174.

Almond, S., Knapp, M., Francois, C., Toumi, M., & Brugha, T. (2004). Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes, and quality of life. *British Journal of Psychiatry, 184*, 346-351.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth Edition. American Psychiatric Association Pub-



- lishing: VA.
- Aoonanong, S. (2008). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.infomental.com/schizophrenia.htm>. (In Thai)
- Ayuso-Gutiérrez, J. L., & de Río Vega, J. Ma. (1997). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 199-206*.
- Birchwood, M., Spencer, E., & McGoven, D. (2000). Schizophrenia: early warning signs. *Advance in Psychiatric Treatment, 6*, 93-101.
- Breitborde, N. J., Lopez, S. R. & Nuechterlein, K.H. (2009). Expressed emotion, human agency, and schizophrenia: toward a new model for the EE-relapse association. *Cult Med Psychiatry, 33*(1), 41-60. Doi: 10.1007/s11013-008-9119-x
- Burns, T., Fiander, M., & Audini, B. (2000). A Delphi approach to characterizing 'relapse' as used in UK clinical practice. *International Journal of Social Psychiatry, 46*(3), 220-230.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives General Psychiatry, 55*, 547-552.
- Chumchong, J. (2004). *Self-care experiences of non-relapse schizophrenic patients*. Master Thesis in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Compton, T. M., et al. (2006). Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization. *Psychiatric Service, 57*(4), 531-537.
- Coodin, S., et al. (2004). Patient factors associated with missed appointments in persons with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(2), 145-148.
- Dechduang, P. (2002). *A study of being healthy of non-relapse schizophrenic patients*. Master Thesis in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2015). *Department of Mental Health Annual Report 2015*. Nonthaburi: Department of Mental Health. (In Thai)
- Finkelman, A. W. (2000). Self-management for the psychiatric patient at home. *Home Care Provider, 95- 101*.
- Finkelman, A. W. (1997). *Psychiatric home care*. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers.
- Fisher, W. H., Geller, J. L., Altaffer, F., & Bennett, M. B. (1992). The relationship between community resources and the state hospital recidivism. *American Journal Psychiatry, 149*, 385-390.
- Fleischchacher, W. W., Meise, U., Gunther, V., & Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: Influence of side effect. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 85*(382), 11-15.
- Heinrichs, D. W., & Carpenter, W. T. (1985). Prospective study of prodromal symptoms in schizophrenia relapse.



- American Journal of Psychiatry* 142(3): 371-373.
- Herz, M. I., & Marder, S. R. (2002). *Schizophrenia: Comprehensive treatment and management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 7, 801-805.
- Hogarty, G. E., Anderson, M., Reiss, D. J. et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-341.
- Hooley, J.M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psycho-pharmacology*, 24(4 Suppl), 81-90.
- Jampong, M. (1999). *Factor related to the first default with psychiatrist after discharge from Somdet Chaiphya Hospital of schizophrenic patients in Bangkok Metropolitan Region*. Somdet Chaiphya Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (In Thai)
- Kuntasabua, P. (2001). *The group multivariate analysis on psychotic relapse and non psychotic relapse in persons with schizo-phrenia*. Master thesis in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Koomsubaunn, S., & Boonchoie, S. (2004). *Social factor and relapse in schizophrenic patients Srithanya Hospital*. Nonthaburi, Thailand: Srithanya Hospital. (In Thai)
- Kruewan, R. (2009). *Situational analysis of re-admission among patients with Schizophrenia at Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province*. Mater Thesis of Mental Health and Psychiatric Nursing, Chiang Mai University. (In Thai)
- Lamberti, J. S. (2001). Seven keys to relapse prevention in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, 253-259.
- Leelahanaaj, T. (2009). *Textbook schizophrenia*. The Psychiatric Association of Thailand. Songkhla: Chanmuang printing. (In Thai)
- Lortrakul, M., & Sukanid, P. (2015). *Rama-thibodi psychiatry*, (4<sup>th</sup> ed.). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Rama-thibodi Hospital, Mahidol University. (In Thai)
- Malla, A. K., & Norman, R. M. (1994). Prodromal symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, 487-93.
- Marder, S. R., Wirshing, W. C., van Putten, T. et al. (1994). Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 51, 280-288.



- Meijei, B. V., Gagg, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. F. (2003). Relapse prevention in patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3), 117-125.
- Moller, M. D., & Murphy, M. F. (2001). Neurobio-logical responses and schizophrenia and psychotic disorders. In G. W. Stuart, & M. T. Laraia, (Eds.). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (7<sup>th</sup> ed.), pp. 402-437. Missouri: Mosby.
- Muller, N. (2004). Mechanism of relapse prevention in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 37(suppl 2), s141-147.
- Mueser, K. T., & McGurk, S. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363, 2063-2072.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M. J., Snyder, K. S..... & Mintz, J. (1992). Developmental processes in schizophrenic disorders: Longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 387-425.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E., & Green, M. F. (1994). Information-processing abnormalities as neuropsychological vulnerability indicators for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 71-79.
- Patel R, Jayatilleke N, Broadbent M. et al. (2015). Negative symptoms in schizophrenia: a study in a large clinical sample of patients using a novel automated method. *BMJ Open*, 5(9), 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2015-007619
- Pratchayakup. P. (2005). *Social support of family in care for Schizophrenic patients*. 4<sup>th</sup> International Mental health Conference. Mental and Disaster. July 6-8, 2005. Prince Palace Hotel, Bangkok. P.169-170. (In Thai)
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J., & Bilder, R. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorders. *Archive General of Psychiatry*, 56, 241-247.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2007). *Concise textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shepherd, M., Watt, D., Fallon, I. et al. (1989). The natural history of schizophrenia: A five- year follow-up in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine*, Monograph Supplement 15.
- Sonpaveerawong, J. (2002). *Strategies used by schizophrenic patients to cope with stress in their daily living: a study at Somdet Chaopraya Hospital*. Master of Nursing Science Thesis of Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nursing, Mahidol University.
- Tan, S. C. H., Yeoh, A. L., Choo, I. B. K., Huang, A. P. H., Ong, S. H., Ismail, H., & Chan, Y. H. (2012). Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2410-2418. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04174.x
- Taylor, M., Chaudhry, I., Cross, M., McDonald, E., Miller, P., Pilowsky, L. et al. (2005). Towards consensus in the long-term



- management of relapse prevention in schizophrenia. *Human Psychopharmacology*, 20(3), 175-181.
- Udomrat, P., & Wasinanon, S. (2009). *Textbook of schizophrenia*. Songkla: Charnmeuang Printing. (In Thai)
- Wang, X., Petrini, M., & Morisky, E.D. (2016). Comparison of the quality of life, perceived stigma and medication adherence of Chinese with Schizophrenia: A follow-up study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 41-46.
- Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year follow up of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 75-85.
- Wilson, S. H. & Kneisl, R. C. (1992). Applying the nursing process for clients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatric Nursing*. California: The Benjamin/Cummings Publishing Company.
- Wongsin, N., Yunibhand, J. & Suktrakul, S. (2012). Discriminant analysis of relapse and non-relapse in Thai muslim schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(3): 87-100. (In Thai)
- World Health Organization (WHO). (2015). *Schizophrenia*. Retrieved September 30, 2015 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
- Yunibhand, J. (1991). Factor related to self-care behavior in mental health of Thai in central region. Research report of Chulalongkorn University. (In Thai)
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.



## Relapse in Persons with Chronic Schizophrenia: Situation and Prevention

Sudaporn Stithyudhakarn\*

### Abstract

*Relapse is the most common problem in persons with chronic schizophrenia although they were treated until remission phase of disease. The situation of relapse in persons with chronic schizophrenia tends to increase. Relapse occurring in persons with chronic schizophrenia is a crucial problem because it damages the brain and induces severe psychotic symptoms resulting in treatment unresponsiveness, difficulty to recovery from illness, conducting violent behaviors and suicide, and family caregiver burden. In addition, each year it costs a lot of money to provide treatment and care for relapse persons with chronic schizophrenia. Therefore, learning about causes and methods for relapse prevention which are composed of assessment of relapse knowledge and understanding, monitoring for early signs of relapse, developing an action plan for relapse prevention, preparation for implementing an action plan, and integrating an action plan into family and community. This action plan could help health care providers as well as caregivers to prevent relapse in persons with chronic schizophrenia. Therefore, it is important to educate persons involved in relapse prevention such as family members, caregivers, and health professional so that they can provide care to persons with chronic schizophrenia efficiently. Especially, nurses play an important role in relapse prevention and reduction as well as providing care and rehabilitation for persons with chronic schizophrenia. Understanding the relapse situation and prevention methods could help nurses meet their needs and provide effective relapse prevention resulting in increasing of quality of life in persons with chronic schizophrenia.*

**Keywords:** *Persons with chronic schizophrenia/Relapse/Relapse prevention*