

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรายงานผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีอาการกำเริบซ้ำ และการดูแลในบริบทชุมชน

วิธีการศึกษา : ทบทวนรายงานประวัติผู้ป่วยและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ หน่วยงานการปกครองส่วนท้องถิ่น และตำรวจในการดูแล

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมา 13 ปี ผู้ป่วยมักจะขาดนัด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีอาการกำเริบซ้ำ 7 ครั้ง เคยมีความคิดอยากตาย และพยายามทำร้ายตนเองมาก่อน มาโรงพยาบาลด้วยมีอาการโมโหร้ายมากขึ้น พูดคนเดียว และเห็นภาพหลอน แพทย์รับไว้รักษาที่โรงพยาบาล ให้ยาจิตเวช และจำกัดพฤติกรรมเมื่อมีอาการรุนแรงก้าวร้าว เมื่ออาการทุเลาลง แพทย์ให้กลับบ้าน และให้ยากลับบ้าน เป็น Fluphenazine 50 mg IM เดือนละครั้ง, Perphenazine และ Trihexylphenidyl มาตรวจตามนัด รับประทานต่อเนื่อง หลังออกจากโรงพยาบาลยังใช้ยาบ้างบางครั้ง ผลตรวจ Urine for Methamphetamine negative แต่มีก้าวร้าว พูดเสียงดังกับพ่อแม่ แต่ไม่ทำร้ายผู้อื่น ไม่มีหูแว่ว นอนหลับได้ แพทย์ให้ยากลับบ้านเป็น Perphenazine และ Trihexylphenidyl

สรุป : ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรคร่วมที่มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่มาตามนัด การใช้สารเสพติด การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้นการดูแลรักษาควรดำเนินในลักษณะองค์รวมและบูรณาการให้ครอบคลุมมิติด้านชีวภาพและจิตสังคม พร้อมทั้งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : โรคจิตเภท, การใช้สารเสพติดร่วม, การกำเริบซ้ำ, การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขานวม จังหวัดกระบี่ E-mail : pla0071@gmail.com

Abstract

Objective: To report a case of a patient with schizophrenia complicated by comorbid substance use, recurrent relapse, and community-based management.

Methods: A case review was conducted based on medical records, with coordination among the multidisciplinary healthcare team, local administrative authorities, and police agencies to support patient care and community safety.

Results of the study: The patient was a 45-year-old Thai male diagnosed with schizophrenia for 13 years. He had a history of poor treatment adherence, frequent missed appointments, and concurrent substance use, resulting in seven relapse episodes. The patient had previously experienced suicidal ideation and attempted self-harm. He was admitted to the hospital due to exacerbation of symptoms, including increased irritability, talking to himself, and visual hallucinations. During hospitalization, psychiatric medications were administered, and behavioral restriction was implemented during periods of severe agitation and aggression.

After symptom stabilization, the patient was discharged with a long-acting injectable antipsychotic (Fluphenazine 50 mg intramuscularly once monthly), oral Perphenazine, and Trihexyphenidyl, with scheduled follow-up appointments. Following discharge, intermittent methamphetamine use was reported; however, urine testing for methamphetamine was negative. The patient continued to exhibit verbal aggression toward his parents but did not display physical violence. No auditory hallucinations were reported, sleep quality improved, and the patient was maintained on Perphenazine and Trihexyphenidyl for ongoing outpatient management.

Conclusion: In patients with schizophrenia and comorbid conditions, poor medication adherence, missed follow-up appointments, substance use, inadequate social support, and maladaptive coping strategies are significant factors associated with recurrent relapse. Therefore, effective management should adopt an integrated and holistic approach, addressing both biological and psychosocial dimensions, while promoting the active involvement of families, community networks, and relevant agencies. Such an approach is essential to enhance continuity of care, reduce relapse risk, and improve long-term quality of life.

Keyword : Schizophrenia, Comorbid substance use, Relapse, Community-based care for patients with schizophrenia

* Professional Nurse, Khao Phanom Hospital E-mail : pla0071@gmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุดในประเทศไทยเมื่อเทียบกับโรคจิตเวชอื่น ๆ โดยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งรายใหม่และรายเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส F20 (Schizophrenia) จำนวน 434,089, 452,381 และ 472,630 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละประชากร 0.67, 0.70 และ 0.73⁽¹⁾ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคจิตเภทเป็นภาระทางสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศ ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

โรคจิตเภทเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการสื่อสาร การดำรงชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม⁽²⁾ โดยมีพยาธิสภาพจากความผิดปกติของระบบประสาทในสมองที่ส่งสารโดพามีน จากบริเวณเวินทริลเทกเมนทัล (VTA) ไปยังส่วนต่างๆ ทั้งสี่ ได้แก่ mesolimbic tract, mesocortical tract, nigrostriatal tract และ tuberoinfundibular tract ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับลักษณะอาการทางคลินิกของโรค โดยการกระตุ้นของโดพามีนมากเกินไปในเส้นทาง mesolimbic ส่งผลให้เกิดอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เช่น อาการหลงผิด (Delusion) และประสาทหลอน (Hallucination) ในขณะที่การทำงานของโดพามีนในเส้นทาง mesocortical นำไปสู่ อาการด้านลบ (Negative Symptoms) เช่น ความเฉื่อยเมย การพูดน้อย การขาดแรงจูงใจ และการแยกตัวจากสังคม^(3,4) จึงอธิบายได้ว่าการเสียสมดุลของสารสื่อประสาทในระบบสมองเป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่ความผิดปกติทางการคิด การรับรู้และอารมณ์ของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วยังพบความผิดปกติทางกายวิภาคของสมองที่สอดคล้องกับพยาธิสภาพดังกล่าว จากการตรวจด้วย CT และ MRI พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโพรงสมอง (ventricles) ที่ขยายใหญ่กว่าปกติ และมีการลีบของสมองส่วน frontal lobe และ temporal lobe^(5,6) ซึ่งเป็นบริเวณที่ควบคุมการวางแผน การตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ และความสามารถในการคิดเชิงตรรกะ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้กระบวนการประมวลผลข้อมูลในสมองบกพร่อง ผู้ป่วยจึงไม่สามารถแยกแยะสิ่งที่ป็นจริงออกจากสิ่งที่จินตนาการได้อย่างชัดเจน

จากแนวโน้มของนโยบายทางสุขภาพที่มุ่งกระจายระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสู่ระดับชุมชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีจำนวนมาก โดยเฉพาะการกำกับติดตามอาการและการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลในบริบทชุมชนจึงถือเป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยทั้งในมิติด้านสุขภาพ การคงบทบาททางสังคม และการลดผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน⁽⁷⁾ ด้วยเหตุนี้การประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงเป็นอีกหนึ่งแนวคิดที่น่าสนใจและส่งผลต่อการดูแลเชิงคลินิกสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองกับอาการของผู้ป่วยในบริบทชุมชน

จากความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิสภาพและอาการดังที่ได้กล่าวมาแล้วในช่วงต้นสามารถอธิบายผ่าน มุมมองของทฤษฎีระบบ ซึ่งมองว่ามนุษย์เป็นระบบเปิดที่แต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกัน การเปลี่ยนแปลงในส่วนหนึ่งของระบบ เช่น ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง จะส่งผลต่อองค์ประกอบอื่น ๆ ได้แก่ ความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เมื่อสมองเกิดความไม่สมดุล ระบบจิตใจและสังคมของผู้ป่วยก็จะถูกรบกวนไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการปรับตัวและรักษาสมดุลของตนเอง และเมื่อพิจารณาในภาพรวม จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภททำให้ระบบของบุคคลเกิดการสูญเสียสมดุลทั้งในระดับชีวภาพและจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองและโครงสร้างทางสมองจะส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่อระบบอื่นๆ เช่น ระบบการรู้คิด อารมณ์และพฤติกรรม^(8,9) การดูแลผู้ป่วยจึงต้องอาศัยแนวทางแบบบูรณาการที่มองบุคคลในมิติองค์รวม โดยเน้นการฟื้นฟูสมดุลของระบบทั้งหมด

รวมทั้งการส่งเสริมศักยภาพในการปรับตัวของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ การทำความเข้าใจผู้ป่วยผ่านกรอบทฤษฎีระบบจึงช่วยเสริมกระบวนการใช้เหตุผลเชิงคลินิกและสนับสนุนการออกแบบการพยาบาลแบบองค์รวมภายใต้บริบทชุมชน กรณีศึกษานี้จึงนำเสนอ รายงานผู้ป่วย จิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำร่วมกับการใช้สารเสพติด ซึ่งสะท้อนปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยในหลายระบบ และมีคุณค่าต่อการเรียนรู้เชิงคลินิกและการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ สุขภาพจิตและจิตเวชในบริบทชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรค อาการอาการแสดง การดำเนินโรค การวินิจฉัย และแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรคร่วม
2. เพื่อวิเคราะห์พยาธิสภาพ ปัญหาทางการแพทย์ และการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วม
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วม ซึ่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเขพนมระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงเดือน มิถุนายน 2568 วิธีการศึกษาเริ่มจากเลือกโรคที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้ดูแลในคลินิก จากนั้นรวบรวมข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย และข้อมูลการประเมินสภาพจิต ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ จากนั้นศึกษา ค้นคว้า จากตำรา และวรรณกรรม แล้วจึงปรึกษาพยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทบทวนและเรียบเรียงผลการศึกษาและเผยแพร่ผลงานวิชาการ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี แพทย์วินิจฉัย F 20.9 Schizophrenia, unspecified อาการสำคัญ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการโมโหร้ายมากขึ้น พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน ญาติประสานมูลนิธินำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยทางจิตเมื่อปีพ.ศ.2554 (13 ปี ก่อน) ด้วยอาการคลุ้มคลั่ง เอะอะไวววาย ทำลายข้าวของ ญาตินำส่งห้องฉุกเฉินและให้ Haloperidol 5 mg 1 amp ทันที และ Diazepam 10 mg 1 amp ทันที และให้กลับบ้าน จากนั้น 7 วันต่อมา ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและรับยา Risperidone 2 mg ทาน 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร, Trihexylphenidyl 1 เม็ด ทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร, Diazepam 5 mg ทาน 2 เม็ด ก่อนนอน และ Sodium valproate 200 mg ทาน 1 เม็ด ก่อนนอนและเมื่อมีอาการ จากนั้นผู้ป่วยยังมาตรวจตามนัด และรับยาต่อเนื่อง อาการทั่วไปปกติและมีปวดยมีนศีรษะเล็กน้อย จนถึง พ.ศ.2556 จากนั้นขาดนัดและขาดยา

7 ปี ก่อน พ.ศ.2560 มูลนิธินำส่ง ญาติให้ประวัติว่า ผู้ป่วยขาดยามา 4 ปี และใช้สารเสพติด 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยใช้สารเสพติด กินแต่กาแฟ ไม่นอน เดินตลอด คลุ้มคลั่ง ถูมิดพรวด ทำร้ายตัวเอง และทำลายข้าวของ จึงให้มูลนิธินำส่ง

โรงพยาบาล ตรวจยาบ้าและกัญชาในปัสสาวะไม่พบ แพทย์วินิจฉัยเป็น F29 Unspecified nonorganic psychosis แพทย์สั่ง Haloperidol 5 mg 1 amp วันละ 1 ครั้ง และ Diazepam 10 mg 1 amp วันละ 1 ครั้ง จากนั้นส่งตัวไปรักษาอาการต่อที่โรงพยาบาล สอนสรณธรรม หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสอนสรณธรรมมาติดตามอาการต่อที่โรงพยาบาลเขาพนม อาการทั่วไปปกติ ยังมีดื่มสุราเป็นครั้งคราวและสูบบุหรี่เป็นประจำ แพทย์สั่ง Risperidone, Sodium valproate, Trihexyphenidyl และ Lorazepam จากนั้นผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดและขาดยา

5 ปี ก่อน พ.ศ.2562 ญาตินำส่งโรงพยาบาล 6 วันก่อนมาโรงพยาบาล มารดาให้ประวัติว่า ผู้ป่วยไม่นอน มีหลับ กลางคืนเล็กน้อย ทำลายข้าวของในบ้าน รื้อของออกนอกบ้าน ทะเลาะกับเพื่อนบ้าน แต่ไม่ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ชกฝาผนังและ เอะอะไว้วาย แพทย์ให้ Haloperidol 5 mg 1 amp วันละ 1 ครั้ง และ Diazepam 10 mg 1 amp วันละ 1 ครั้ง จากนั้นให้มารับประทาน Risperidone, Sodium valproate, Trihexyphenidyl และ Lorazepam จากนั้นผู้ป่วยมาติดตามอาการอีก 1 ครั้งและขาด การติดตามอาการ

4 ปี ก่อน พ.ศ.2563 ญาตินำส่งโรงพยาบาล 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มารดาให้ประวัติว่า ผู้ป่วยขาดยา เอะอะ ไว้วาย ทำลายข้าวของในบ้าน ใช้มีดพร้าทุบข้าวของในบ้าน พุดคนเดียว พุดเพื่อ ไม่นอนเวลากลางคืน เดินพุดคนเดียวใน หมู่บ้าน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยใช้มีดจะทำร้ายร่างกายบิดา แต่มารดาห้ามไว้ทัน จึงให้ญาตินำส่งโรงพยาบาล แรก รับ ที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยยังเอะอะไว้วาย แพทย์ให้ Haloperidol 5 mg 1 amp วันละ 1 ครั้ง และ Diazepam 10 mg 1 amp วันละ 1 ครั้ง จากนั้น ให้รับประทานยาเดิม

3 ปี ก่อน พ.ศ.2564 ญาตินำส่งโรงพยาบาล มารดาให้ประวัติว่า ผู้ป่วยขาดการรักษาไป 1 ปี 1 เดือนก่อนมา โรงพยาบาล ผู้ป่วยใช้สารเสพติดไม่ทราบชนิดทุกวัน ผู้ป่วยไม่นอน มีหูแว่ว ภาพหลอน พุดเพื่อเจ้า ทำลายข้าวของในบ้าน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเอะอะไว้วาย ทำร้ายร่างกายบิดา ทำลายข้าวของในบ้าน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์ ให้ Haloperidol 5 mg วันละ 4 ครั้ง และ Diazepam 10 mg วันละ 3 ครั้ง ให้รับประทานยาเดิม เพิ่ม Perphenazine 8 mg วันละ 3 ครั้งและก่อนนอน แพทย์วินิจฉัยเป็น F19.9 จากนั้น 1 เดือนต่อมา ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อบำบัด ยาเสพติดด้วย Matrix Program ผู้ป่วยให้ประวัติว่ากลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ผล Urine for Methamphetamine positive 1 เดือนต่อมา ผู้ป่วยมาตามนัด รับประทานยาเดิม อาการทั่วไปปกติ จากนั้น 1 เดือนต่อมา ผู้ป่วยมาตามนัด มีอาการนอนไม่ค่อยหลับ หลับยาก ตื่นตอนดึกบ่อย มีหูแว่ว มีความคิดอยากตาย พยายามผูกคอก 1 ครั้งแต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากมีความเจ็บปวด แพทย์ ปรับยาเป็น Perphenazine 8 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน, Haloperidol, Trihexylphenidyl, Amitriptyline, Fluoxetine และ Diazepam

2 ปี ก่อน พ.ศ.2565 ญาติมารับยาแทน ผู้ป่วยผิวดำ นอนหลับหมด 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ นอนไม่หลับ เอะอะไว้วาย ทำลายข้าวของ พุดคนเดียว ผู้ป่วยไม่ยอมมาโรงพยาบาล แพทย์ปรับยา Haloperidol, Perphenazine, Trihexylphenidyl 2 เดือนต่อมา ผู้ป่วยไม่มารับยาต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ลงติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมีอาการ ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ไม่ทำร้ายคนอื่น แพทย์วินิจฉัยเป็น F29 3 เดือนต่อมา ผู้ป่วยขาดยาและไม่มาติดตามอาการ การ เจ้าหน้าที่ลงติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมมั่วสุม ลักขโมย งดบ้านชาวบ้าน ก้าวร้าว แต่ไม่ทำร้ายใคร ไม่รับประทานยา ไม่มาตามนัด

1 ปี ก่อน พ.ศ.2566 ผู้ป่วยขาดยา มีเรื่องเครียด นอนไม่หลับ แพทย์ให้ยาเป็น Haloperidol, Perphenazine, Trihexylphenidyl 1 เดือนต่อมา ผู้ป่วยมาหลังนัด ไม่ขาดยา แพทย์ให้รับประทานยาเดิม 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล พ.ศ.2567 ญาติประสานมูลนิธินำส่งโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติว่า 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ได้ กินยา เอายาไปเผาทิ้ง 10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงใช้ยาบ้าทุกวัน มีอาการนอนไม่หลับ เอะอะไว้วาย ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการโมโหร้ายมากขึ้น พุดคนเดียว เห็นภาพหลอน ญาติประสานมูลนิธิ นำส่งโรงพยาบาล แพทย์รับไว้รักษาที่โรงพยาบาล จากนั้นให้กลับบ้าน และให้ยากลับบ้านเป็น Fluphenazine 50 mg

IM 1 amp เดือนละครั้ง, Perphenazine 8 mg 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง, Trihexylphenidyl 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง 1 เดือนต่อมา มาตรวจตามนัด รับประทานต่อเนื่อง หลังออกจากโรงพยาบาลยังใช้ยาบ้างบางครั้ง ผลตรวจ Urine for Methamphetamine negative ยังมีกาวร้าว พูดเสียงดังกับพ่อแม่ แต่ไม่ทำร้ายผู้อื่น ไม่มีหูแว่ว นอนหลับได้ แพทย์วินิจฉัย F20.9 Schizophrenia, unspecified นัดติดตามอาการอีก 2 เดือน และให้ยากลับบ้านเป็น Perphenazine และ Trihexylphenidyl

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลเขาพนมตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2567 และเมื่อมีอาการกำเริบ จะส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีประวัติใช้ยาบ้างจนถึงปัจจุบัน ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ การได้รับอุบัติเหตุ และยาที่ใช้เป็นประจำ

ผลการศึกษา

จากแนวทางการพยาบาลตามทฤษฎีระบบสำหรับผู้ป่วยรายนี้ อธิบายได้ว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่เหมาะสม เป็นการพยาบาลแบบองค์รวม โดยมุ่งฟื้นฟูความสมดุลของระบบชีวภาพ จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาวภายใต้บริบทชุมชน ดังนี้

1. ระบบชีวภาพ เน้นการรับประทานยาจิตเวชอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น กลุ่มอาการ EPS อาการปากแห้ง และอาการเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่า รวมทั้งการเน้นการบำบัดเพื่อเลิกยาเสพติด การส่งเสริมโภชนาการ การออกกำลังกาย และการนอนหลับที่เพียงพอ เพื่อช่วยจัดสมดุลสารสื่อประสาทโดยเฉพาะโดปามีนให้สมดุลและลดอาการทางจิต

2. ระบบจิตใจ ประกอบด้วย

- การทำสัมพันธภาพเชิงบำบัดและการให้คำปรึกษา ช่วยผู้ป่วยให้รับรู้และเข้าใจอารมณ์ ความเครียด และปัญหาของตนเอง เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม

- การตรวจสภาพจิตและอาการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินผลการรับประทานยาจิตเวช

- การสอนสุขภาพจิตศึกษาเรื่องการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เพื่อสร้างรับรู้โรคจิตเภทที่ถูกต้อง เน้นความสำคัญของการรับประทานยาจิตเวชต่อเนื่องและการเลิกใช้ยาเสพติด อีกทั้งยังเพิ่มความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค

- การสอนเทคนิคการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การหายใจเข้า-ออกลึกๆซ้ำๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำสมาธิที่ชอบ เป็นต้น

3. ระบบสังคม ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากครอบครัว ชุมชน รพ.สต. อาสาหมู่บ้าน อสม. และหน่วยงานส่วนการปกครอง พร้อมทั้งให้ความรู้ครอบครัวและหน่วยงานเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือน คือ ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง และเบอ์ติดต่อนในการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน เพื่อสร้างระบบในการดูแล ลดการกำเริบซ้ำ และเสริมศักยภาพการดูแลในชุมชน

4. ระบบสิ่งแวดล้อม ให้ความรู้ญาติในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น การเก็บของมีคม เชือก และสารเคมี ในบ้าน และอุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีประวัติทำร้ายตนเอง

วิจารณ์

จากการศึกษาและดูแลผู้ป่วยรายนี้ พบว่า พยาธิสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับกลไกทางชีวภาพ และปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน กล่าวคือ ทางชีวภาพเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) โดยเฉพาะในเส้นทาง mesolimbic และ mesocortical ทำให้เกิดอาการหลงผิด เห็นภาพหลอน พูดคนเดียว มีพฤติกรรมผิดปกติ และพฤติกรรมแยกตัว ซึ่งสอดคล้องกับภาวะโดปามีนในสมองที่สูงเกินไปในบางส่วน⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ การรับทานยาไม่ต่อเนื่อง และยังคงใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ก็เป็นปัจจัยเสริมในการลดของระดับยาในกระแสเลือด ส่งผลให้ระดับสารสื่อประสาทไม่คงที่ จึงทำให้อาการทางจิตกลับมากำเริบซ้ำบ่อยๆ⁽¹¹⁾ เมื่อรวมกับปัจจัยกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียด และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว อาการของผู้ป่วยจึงกำเริบได้บ่อย โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้ยาบ้า ซึ่งส่งผลกระตุ้นการหลั่งของโดปามีนในสมองส่วนลิมบิกและทำให้เห็นภาพหลอนและหวาดระแวงที่รุนแรงขึ้น

ในด้านจิตสังคม ผู้ป่วยรายนี้อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีความขัดแย้งกัน เกิดปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับสมาชิกในบ้าน โดยมีภรรยาทะเลาะกับบิดามารดาและเพื่อนบ้าน ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม และเป็นตัวกระตุ้นให้อาการทางจิตกลับมาอีกครั้ง⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมไม่เข้าสังคม และไม่ร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะของอาการลบ (Negative Symptoms) ของโรคจิตเภท ซึ่งยังมีพฤติกรรมมั่วสุม ขโมยของ และจัดระเบียบบ้านในชุมชน จึงทำให้ชุมชนไม่ยอมรับ เกิดเป็นปัญหากับคนในชุมชน นอกจากนี้จากรายงานผู้ป่วยดังกล่าวพบความคิดอยากตาย พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเกิดจากการทำงานผิดปกติของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และเหตุผล โดยเฉพาะสมองส่วน prefrontal cortex ซึ่งมีหน้าที่ยับยั้งแรงกระตุ้นและประเมินผลของการกระทำ เมื่อสมองส่วนนี้ทำงานลดลงร่วมกับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท โดปามีนจะส่งผลให้กลไกการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมบกพร่อง ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มตอบสนองต่อความเครียดหรืออารมณ์ด้านลบอย่างรุนแรงและหุนหันพลันแล่น เช่น การทำร้ายตนเอง^(13,14)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมหลายประการที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าร่วม (Depressive symptoms) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวังและเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่า การใช้สารเสพติด ที่ส่งผลให้ระดับโดปามีนในสมองเพิ่มขึ้นผิดปกติและกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ รวมทั้งความเครียดทางสังคมและครอบครัว ที่เกิดจากความสัมพันธ์ภายในบ้านที่ไม่ราบรื่นและการตีตราทางสังคมในชุมชน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นทางอารมณ์ เมื่อรวมกับการขาดยาและการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตไม่คงที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เห็นภาพหลอน และมีความคิดอยากตายเป็นระยะๆ^(15,16)

สรุป

จากรายงานผู้ป่วยพบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วม จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งระบบชีวภาพ จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เน้นการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาจิตเวชที่ถูกต้อง การเลิกใช้สารเสพติด การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการเสริมสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วย

สนับสนุนความต่อเนื่องในการรักษา ลดการกลับเป็นซ้ำของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ดำรงชีวิตในชุมชน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราผู้ป่วยรายใหม่และความชุกของโรคจิตเภท (F20.00) ปี 2568. [อินเทอร์เน็ต] 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/5d5aa8ea9ee75a5990950984f5a81402>.
2. สุจรรยา โลหาชีวะ. การพยาบาลจิตเวชและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: วัดสิงห์การพิมพ์; 2563.
3. ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. กลไกการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541;43(2):150-8.
4. Luvsannyam E, Jain MS, Pormento MKL, Siddiqui H, Balagtas ARA, Emuze BO, et al. Neurobiology of schizophrenia: a comprehensive review. Cureus. 2022;14(4):e23959. doi:10.7759/cureus.23959.
5. Xuan K. A review of structural abnormality in schizophrenia. Adv Soc Sci Educ Humanit Res. 2022;638:159-161.
6. ยุพิน สิทธิมงคล และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวช. ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร: สแกนอาร์ตการพิมพ์; 2559.
7. ศิริพร จันทรทิพย์, กาญจนา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(2):68-76.
8. สายฝน เอกวรารุง, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 4. นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2562.
9. Jordans MJD. Applying systems theory to global mental health. Cambridge Prisms: Global Mental Health. 2024;12:e2:1–6. doi:10.1017/gmh.2024.147.
10. Zhao Z, Li X, Xie Y, Lin L, Wei L, Chang Z, et al. Resolving the heterogeneity of dopamine subsystems dysfunction in schizophrenia: a PET meta-analysis. Schizophrenia. 2025;11:139. doi:10.1038/s41537-025-00684-0.
11. ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ. กลไกการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541;43(2):150-8.
12. Ng SM, Fung MHY, Gao S. High level of expressed emotions in the family of people with schizophrenia: has a covert abrasive behaviours component been overlooked? Heliyon. 2020;6:e05441. doi:10.1016/j.heliyon.2020.e05441.
13. กรมสุขภาพจิต. ธรรมนูญบ่วงคอก (OG) ปีงบประมาณ 2566. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://mentalhealth.go.th>
14. Millan MJ, Fone K, Steckler T, Horan WP. Negative symptoms of schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. European Neuropsychopharmacology. 2014;24(5):645–692. doi:10.1016/j.euroneuro.2014.03.008.
15. ศิริพร สิทธิยุทธการ. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท: ประเด็นพิเศษในการปฏิบัติทางการแพทย์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2561;30(3):1-13.

16. จุฑามาศ พลัม. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำจากการใช้แอมเฟตามีน/กัญชา และมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V). [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2024/01/5.จุฑามาศ-ลงวารสาร.pdf>