

Interesting Topic

Preventing Relapse in Schizophrenia : PRELAPSE

วันอังคารที่ 11 เมษายน 2543

เวลา 13.30-15.30น.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิทย์

ประธาน

นายแพทย์ฐปณัท ศรีธรรารัติน

ผู้เสนอรายงาน

โรคจิตเภทจัดเป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญของประเทศไทยอย่างหนึ่ง เนื่องจากพบมากถึงร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป และในปัจจุบันประมาณการว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 500,000 คน ดังนั้นนอกจากจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติโดยตรงแล้ว ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติในการที่รัฐจะต้องดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ในระยะยาว

หากพิจารณาในแง่การรักษา พบว่าโรคจิตเภทมีอัตราการกำเริบสูงถึง 50-70 ดังนั้นจึงมีแนวคิดในการริเริ่มโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท (*Preventing Relapse in Schizophrenia*) หรือมีชื่อย่อเป็นภาษาอังกฤษว่า **PRELAPSE** ซึ่งเป็นโครงการที่ให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) แก่ญาติและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง และนำไปสู่การลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยลงได้ในที่สุด

โครงการดังกล่าว ริเริ่มขึ้นโดยมูลนิธิ Lundbeck แห่งประเทศเดนมาร์ก และแพร่หลายในบางประเทศในยุโรปใต้ ได้แก่เยอรมัน ออสเตรีย เนเธอร์แลนด์ ต่อมาจึงขยายผลออกมาในบางกลุ่มประเทศในซีกโลกตะวันออก เช่น ใต้หวัน ฮองกง มาเลเซีย สิงคโปร์ และประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จัดให้มีโครงการดังกล่าวขึ้นตั้งแต่ปี 2538 โดยมอบหมายให้โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ดำเนินการเป็นโครงการนำร่อง (pilot study) ซึ่งจากการติดตามผลของโครงการเปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ พบว่าสามารถลดการกำเริบของโรคได้โดยการจัดอบรมแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท กล่าวคือพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดไม่ต้องการการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลเลยในช่วง 1 ปีถัดมา (ร้อยละ 81.5) หรือมีจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง (ร้อยละ 18.5) และเมื่อพิจารณาถึงจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเท่าเดิม (กล่าวคือเมื่อเปรียบเทียบ 1 ปีก่อนและหลังจากที่ญาติมาเข้ารับการอบรม ในจำนวนนี้ร้อยละ 85.2 ยังไม่ต้องการรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลเหมือนเดิม ร้อยละ 11.1 รับไว้ 1 ครั้ง เหมือนกันทั้งช่วงก่อนและหลัง และร้อยละ 3.7 รับไว้ 2 ครั้ง เหมือนกันทั้งช่วงก่อนและหลัง) ขณะที่ร้อยละ 44.4 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง (กล่าวคือในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 91.7 และอยู่โรงพยาบาลน้อยลง 1 ครั้ง ร้อยละ 8.3) และมีเพียงร้อยละ 5.6 ของผู้ป่วยทั้งหมดเท่านั้นที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้นหรือมากกว่า 1 ครั้ง โดยสรุปพบว่าหลังจากการดำเนินโครงการดังกล่าวแล้ว อัตราการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงและอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง

Early Warning Signs of Relapse

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดความ

รุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆในอนาคต (disability , handicap) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถป้องกันอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำได้ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว

วิธีการต่างๆที่ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

- ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนเริ่มแรก
- หารลักษณะรูปแบบของอาการเริ่มแรกที่มีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย
- ตรวจหาอาการเตือนเริ่มแรกได้รวดเร็ว
- ดำเนินการด้วยวิธีการที่เหมาะสมทันที ที่ตรวจพบอาการเตือนเริ่มแรกนั้นๆ

Common Early Warning Signs

- 1). การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (**Mood Changes**) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า ขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ กลัว วิดกกังวล มีความตึงเครียดสูง ในบางรายอาจพบว่ามีหงุดหงิด หรือก้าวร้าวได้ง่ายกว่าปกติ
- 2). การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (**Behavioural Changes**) พบว่าผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหารน้อยลง แยกตัวออกจากสังคม และบ่อยครั้งที่พบว่ามีปัญหาการนอนได้บ่อย
- 3). การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ (**Cognitive Changes**) พบว่าผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่งลง มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ หมกมุ่นกับเรื่องบางเรื่องมากผิดปกติ
- 4). พยาการทางจิต (**Psychotic Symptoms**) เช่น หูแว่ว พูดคนเดียว ชี้อสิ่งลึกลับ หวาดระแวง หรือมีความรู้สึกที่ตนถูกควบคุมอยู่

Vulnerability - Stress Model (Adapted From Falloon)

ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ต้องอาศัยความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การดำเนินของโรค และผลของโรค ในแง่การรักษาโรคจิตเภทแล้ว พบว่า Vulnerability - Stress Model นี้ จะช่วยให้มีความเข้าใจ และมีแนวทางในการวางแผนการรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งได้กล่าวถึงปัจจัยที่สำคัญดังนี้

1). Vulnerability Factors

หมายถึงปัจจัยที่ทำให้คนนั้นๆมีโอกาสเกิดอาการของโรคจิตเภทได้ (predispose) เช่นมีความผิดปกติทางชีวภาพ

2). **Environmental Factor** มีผลต่อการเกิดและการดำเนินของอาการต่างๆ ทั้งนี้ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคจิตเภทจะหมายถึงตั้งแต่เหตุการณ์เล็กๆน้อยๆในชีวิตประจำวันที่จะสะสมมาเรื่อยๆไปจนถึงเหตุการณ์ที่จำเพาะและมีความสำคัญมากต่อผู้ป่วย เช่น ตกงาน สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

3). Protective Factors

เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการ เชื่อว่าปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ ยา นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ stress management, social support, effective problem solving skills

จากแนวคิดของ **Vulnerability - Stress Model** พบว่า stress ที่เพิ่มขึ้นมากจะมีผลอย่างมาก ต่อการกำเริบของโรคจิตเภทดังนั้นแนวคิดดังกล่าวจึงมีความสำคัญมาก ต่อการทำความเข้าใจ ขบวนการเกิดโรคซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท (ดู diagram ด้านล่าง)

มีสมมติฐานอื่นๆ ที่น่าสนใจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของ *cognitive - perceptual* ในระยะเริ่มแรก ซึ่งพบในระยะของการกลับเป็นซ้ำของโรค ก่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกระวนกระวายและสับสน (anxious and perplexed) และนำไปสู่การเพิ่ม stress ซึ่งกระตุ้นให้เกิดขบวนการกลับเป็นซ้ำของโรคในที่สุด **โดยสรุป**คือสมมติฐานนี้เชื่อว่า ตัว stress เองไม่ก่อให้เกิดขบวนการ relapse แต่เพียงแค่มีสวนช่วยให้ขบวนการ relapse เริ่มต้นขึ้นเท่านั้น

การศึกษาวิจัยต่างๆทั้งในปัจจุบันและอนาคต จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทซ้ำได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญที่พบในปัจจุบันคือ ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งสามารถระบุว่าเป็นอาการเตือนเริ่มแรกนั้นต่างกัน

Steps in Relapse Prevention

1). Engagement and Education

- การป้องกัน relapse ของโรคจิตเภท ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างตัวผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลและทีมผู้ให้การรักษา ซึ่งจะเกิดขึ้นได้โดย
- การสร้างความสัมพันธ์ที่ส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจและการเพิ่มความร่วมมือจากทุกฝ่าย
 - การให้ความรู้ ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับข้อดีของการเฝ้าระวังอาการเตือนเริ่มแรก และวิธีการจัดการอย่างทันที่หากตรวจพบอาการเตือนดังกล่าว
 - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตรวจหาอาการเตือนเริ่มแรกตลอดจนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวางแผนการรักษา

2). Identification of Early Warning Signs พึงตระหนักว่าอาการเตือนเริ่มแรกนี้มีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน (*individualised*) และมีความจำเพาะ (*specific*) ดังนั้นในการอธิบายอาการควรให้รายละเอียดในลักษณะของพฤติกรรมที่ละเอียดเช่นผู้ป่วยเก็บตัวอยู่ในห้องตลอดทั้งวันจะดีกว่าบอกเพียงว่าผู้ป่วยแยกตัว

ในกรณีที่มี relapse แล้ว ตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลควรมองย้อนไปว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือพฤติกรรมใดๆบ้าง เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกัน relapse ในครั้งต่อไปได้

3). *Monitoring of Early Warning Signs*

ควรติดตามเฝ้าระวังอาการเตือนที่ตรวจพบอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยบางคนอาจปิดบังอาการหรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของตนได้ เนื่องจาก insight ไม่ดี หรือการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกลัวอย่างมาก ดังนั้น สิ่งสำคัญคือต้องให้สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลและแพทย์คนอื่นๆที่มีโอกาสได้ใกล้ชิดผู้ป่วยบ่อยๆ ช่วยสังเกตอาการด้วยเสมอ

วิธีการเฝ้าระวังที่ดีคือ แพทย์ควรทบทวนอาการเตือนเริ่มแรกของผู้ป่วยว่าคืออะไรและมีในขณะที่ยังพบผู้ป่วยในแต่ละครั้งหรือไม่เสมอ และหากเป็นไปได้ควรแนะนำแบบฟอร์มของอาการเตือนดังกล่าวติดไว้ในที่ที่เห็นได้ชัดเจน เช่น หน้าแฟ้มประวัติ ให้ผู้ดูแลเก็บไว้หรือให้ผู้ป่วยเก็บติดตัวไว้ด้วย

ตัวอย่างแบบฟอร์มระบุอาการเตือนเริ่มแรกของผู้ป่วยรายหนึ่ง

4). *Early Intervention Strategies*

- Increased Contact and Support for the Individual and the Family

เพื่อลดความกังวลและความรู้สึกที่ญาติหรือครอบครัวต้องแบกรับภาระไว้แต่เพียงผู้เดียว

- Regular Symptom(s) Monitoring

- Medication(s) Review

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ยาขนาดต่ำในการควบคุมอาการก็ควรได้รับการเพิ่มยา

เพื่อเป็นการป้องกันการ relapse

- Implement Stress Management Procedures

โดยหาที่มาของ stress ที่เป็นไปได้ซึ่งอาจมีผลกระทบทำให้เกิดอาการเตือนเริ่มแรกโดยเฉพาะ

อย่างยิ่งเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เช่น การย้ายบ้าน เปลี่ยนที่ทำงาน เป็นต้น ส่งเสริมให้

มีการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่น่าจะมีผลต่อการเพิ่ม stress

โดยตรง สนับสนุนวิธีการที่เคยใช้ได้ผลดีในการแก้ไข stress ในครั้งก่อนๆ
หยุดหรือลดกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์ที่เพิ่ม stress และสนับสนุนให้มีการใช้
relaxation methods

- Encourage Discussion About the Experience of Early Warning Signs

ให้ทราบว่าแม้ว่าอาการต่างๆเหล่านี้จะบ่งบอกว่าจะมีการ relapse แต่ก็สามารถ
ควบคุมและแก้ไขได้โดยวิธีการต่างๆที่เหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ผลนั้น ไม่เพียงแต่เป็นหน้าที่ของทีมนุ้คคลากรทางจิตเวชเท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยการ
ทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติหรือครอบครัวกับทีมนุ้คบุคลากรทางจิตเวชด้วย เพราะเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถ
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้แล้ว ญาติหรือครอบครัวจะเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อไปที่บ้าน

ซึ่งปรากฏว่าที่ผ่านมา ญาติผู้ป่วยจำนวนมากยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทไม่เพียงพอ หรือมี
ความเข้าใจบางอย่างที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ญาติหลายคนมีความหนักใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและขาดแนวทาง
ในการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ปัญหาเหล่านี้มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นอีก จนญาติ
ต้องนำผู้ป่วยกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกเป็นระยะๆ ส่งผลให้ญาติประกอบอาชีพได้ไม่เต็มที่ มีภาระในการดูแลผู้ป่วย
มากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ญาติไม่เป็นอิสระ ไม่มีเวลาว่างเป็นของตัวเอง และมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย
กับญาติ

การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท

พบว่า มีประโยชน์ต่อญาติผู้ป่วยเป็นอันมาก ทำให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท
ลดความหนักใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้นกว่าเดิม ส่งผลทำให้อัตราการกำเริบของโรคลดลง

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

- กลุ่มเป้าหมาย** ได้แก่ ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาตัวอยู่ที่
โรงพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน ไม่เกิน 2 คน ต่อ 1 ครอบครัว **โดยต้องมีคุณสมบัติดังนี้**
- (1) มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด
 - (2) มีความประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ
 - (3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตั้งแต่ต้นจนจบ
 - (4) สามารถติดต่อกับคณะทำงานเพื่อประสานความร่วมมือระยะยาวในการ
ดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

กระบวนการอบรม ใช้รูปแบบดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม โดย

- (1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
- (2) เปิดเผยความรู้สึกต่างๆต่อสมาชิกกลุ่ม

- (3) ประชุมปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อกัน
- (4) ผู้นำกลุ่มสรุปและบรรยายประเด็นสำคัญ
- (5) ฝึกปฏิบัติโดยการสวมบทบาทสมมติ

ข้อเสนอแนะ

- (1) ควรจะมีผู้แนะนำโดยตรงตัวต่อตัวแก่ญาติที่มีคุณสมบัติดังกล่าว แล้วเชิญชวนเข้ารับการอบรม โดยเน้นประโยชน์ที่ตัวญาติเองจะได้รับ ผู้แนะนำนี้อาจจะเป็นพยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือแพทย์ก็ได้ และจากประสบการณ์ของผู้พัฒนาหลักสูตรพบว่า ถ้าแพทย์เป็นผู้แนะนำเองจะมีโอกาสได้รับความร่วมมือจากญาติมาก
- (2) ควรจะมีเอกสารแนะนำโครงการพร้อมใบสมัคร และระยะเวลาที่ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการตัดสินใจเข้าร่วมอบรม
- (3) ถ้าผู้ที่มีคุณสมบัติดังกล่าวไม่สามารถเข้าอบรมได้ ควรบันทึกเหตุผลพร้อมข้อเสนอแนะเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาโครงการต่อไป
- (4) ควรจะประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงกันในทีมงานจิตเวชเองเพื่อจะได้คัดเลือกญาติที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ทุกครั้ง

หลักการบำบัดครอบครัว

ในอดีตการทำจิตบำบัดมักทำด้วยทัศนคติเชิงลบ ต่ำหวนครอบครัวว่าเป็นสาเหตุของการป่วย ทำให้ครอบครัวไม่ร่วมมือในการบำบัด แต่แนวคิดในปัจจุบันถือว่าครอบครัวเป็น **“หุ้นส่วน”** ที่สำคัญในการบำบัด จิตบำบัดที่ได้ผลที่ดีที่สุด คือ จิตบำบัดครอบครัวแบบให้การศึกษ (psychoeducational model) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญดังนี้

1. เพื่อลดอัตราการหยุดบำบัดรักษากลางคัน (treatment dropout) และการเกิดอาการกำเริบ
2. เพื่อเพิ่มเสถียรภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยการลดความกังวล ความเครียดของครอบครัว และเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จิตบำบัดแบบนี้มีลักษณะสำคัญดังนี้

1. มองครอบครัวว่าเป็นผู้ร่วมบำบัด (collaborator) ที่สำคัญอย่างยิ่ง
2. มองโรคจิตเภทว่าเป็นอาการป่วยอันเนื่องมาจากโรคจริงๆ ไม่ใช่ความผิดปกติในครอบครัว หรือการกระทำที่ไม่เหมาะสมของสมาชิกบางคน
3. เน้นการให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับโรคในด้านต่างๆ รวมทั้งวิถีปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และวิธีที่ครอบครัวควรจะทำปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยมุ่งให้หน้าความรู้ดังกล่าวไปใช้ได้จริงจัง
4. ฝึกครอบครัวให้รู้จักวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยในยามวิกฤติหรือเมื่อมีอาการกำเริบรวมทั้งวิธีแก้ปัญหาต่างๆและลดความเครียดทั้งในตัวผู้ป่วยและสมาชิกแต่ละคนช่วยให้ครอบครัววางแผนร่วมกันเพื่อลดความเครียดและแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้
5. การบำบัดที่กระทำทั่วไปนั้นมักไม่มีความต่อเนื่อง การประสานงานระหว่างแพทย์และครอบครัว

สิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว และครอบครัวก็ถูกทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง แต่การบำบัดในแนว psychoeducational นี้ถือว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวต้องกระทำไปอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเพิ่งออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะที่ครอบครัวมีความเครียดสูงที่สุดในการดูแลผู้ป่วยและการปรับตัวเข้าหากัน

จิตบำบัดระยะต่างๆ

จิตบำบัดครอบครัว แบบ psychoeducational model แบ่งเป็นระยะต่างๆดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

ผู้บำบัดต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ให้ครอบครัวรู้ว่าผู้บำบัดไม่ได้ตำหนิหรือตัดสินว่าใครผิดใครถูก หรือใครเป็นคนที่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วย ช่วยให้ครอบครัวรู้ว่าผู้บำบัดเข้าใจความรู้สึกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความสิ้นหวัง ความกลัว หรือความสับสน พยายามดึงความรู้สึกแง่ดีที่สมาชิกเคยมีต่อกันออกมา ทำความรู้จักครอบครัวว่ามีจุดดีและจุดด้อยอะไร มีความเครียดและความต้องการด้านใดบ้าง

ระยะที่ 2 ให้ความรู้แก่ครอบครัว

การให้ความรู้แก่ครอบครัวเป็นสาระสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะกายหรือทางจิตก็ตาม ในโรคจิตเภทผู้บำบัดต้องช่วยครอบครัวให้มีความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ดังนี้

- สาเหตุของโรคและอาการต่างๆ
- ประสิทธิภาพของผู้ป่วย เช่น อาการหูแว่ว ภาพหลอน นั้นมีความหมายอย่างไร
- ผู้ป่วยเองรู้สึกอย่างไรกับอาการที่ตนมี เช่น รู้สึกกลัว หรือสับสน เป็นต้น
- ผลกระทบที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วย เช่น ผลของ expressed emotion ที่สูง
- ขั้นตอนและวิธีการบำบัดโดยเฉพาะการกำหนดขอบเขตให้กับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น อาการก้าวร้าวหรือกรีดร้อง ฯลฯ รวมทั้งฝึกหัดให้ครอบครัวสังเกตการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อเริ่มมีอาการกำเริบ
- การช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตในสังคมนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
- การดูแลและตอบสนองความต้องการของสมาชิกอื่นที่ไม่ได้ป่วย เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในสมาชิกเหล่านั้น

การให้ความรู้แก่ครอบครัวดังที่กล่าวมานี้ อาจจัดในรูปแบบของการอบรมเชิงปฏิบัติเป็นระยะเวลา 1-2 วัน เช่น Psychoeducation family therapy ของ Anderson และคณะ (1981) ซึ่งจัดเป็นแบบ survival skills workshop เป็นเวลา 1 วัน เป็นต้น

ระยะที่ 3 เปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

ช่วงนี้จะเป็นการทำจิตบำบัดครอบครัวระยะสั้นเพื่อช่วยแก้ไขปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ให้สื่อสารกันอย่างเปิดเผย แก้ไขความขัดแย้งที่มีต่อกัน ลดระดับ expressed emotion ลง ให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยมีความเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น โดยอาจใช้ role-play หรือมี

พฤติกรรมบำบัดร่วมด้วยก็ได้ ในครอบครัวที่ขัดแย้งกันอย่างเรื้อรังก็อาจทำจิตบำบัดครอบครัวระยะยาวต่อไป เพื่อแก้ไข ปัญหาขัดแย้งเหล่านั้น

สำหรับผู้ป่วยนั้น ควรได้รับการทำจิตบำบัดและให้คำปรึกษาแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 สัปดาห์ เป็นเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี หรือนานกว่านั้นแล้วแต่กรณี

ระยะที่ 4 สร้างเครือข่ายทางสังคม

ครอบครัวของผู้ป่วยมักมีเครือข่ายทางสังคมที่แคบ การมีสมาชิกป่วยทางจิตเป็นเสมือน “ตราบาท” ทำให้ครอบครัว แยกตัวอยู่อย่างโดดเดี่ยว การบำบัดจะต้องช่วยให้ครอบครัวมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างพอ สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ ครอบครัวได้ยามเกิดปัญหาวิกฤติ

ระยะที่ 5 สิ้นสุดการบำบัด

เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวใช้ชีวิตได้ดีตามสมควร และบรรลุเป้าหมายในการบำบัดแล้วก็สามารถหยุดการบำบัดได้ แต่ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังจึงควรมีการนัดพบผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามและให้การประคับประคอง ตามความจำเป็นต่อไป

การประเมินผล

ผู้เข้ารับการอบรม :

- (1) เป็นการประเมินระยะสั้น และประเมินโดยตรง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรม
- (2) ความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยจิตเภท :

เป็นการประเมินผลระยะยาวและประเมินผลทางอ้อมโดยคาดว่าหลังจากญาติเข้ารับการอบรมแล้วจะสามารถลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยได้ โดยประเมินจากอัตราการ เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและอัตราการอยู่นอกโรงพยาบาลได้นานขึ้น

HELP FOR THE FAMILY

What to do when mental illness strikes:

- Do share responsibilities with experts.
- Do find out who is well-informed and caring.
- DO consider the safety of yourself and the patient.
- DO read what you are asked to sign.
- DO consider other family members,
their understanding and level of participation.
- DO give yourself credit for what you know,
and share what you know with the mental health professional.
- DO learn about mental illness - acute, recurrent, and
chronic symptoms, medications; side effects.

- DO learn about the nature, length and cost of treatments
(public and private.)
- DO learn indicators of imminent crises and what precipitates them.
- DO help with medication compliance.
- DO share what you have learned with others who are not familiar
with what you are experiencing.
- DO learn about respite care.
- DO learn about estate planning for incapacitated dependents.
- DO teach the mental health professional that your well-being
is as important as the patient 's welfare.
- DO find out about support groups from the National Alliance
for the Mentally Ill , Washington, D.C.
- DO become an educated, articulate advocate.

DO NOTs:

- DO NOT shift responsibility from patient to family to mental health professional.
- DO NOT agree to hasty dispositions.
- DO NOT assume one mental illness is like another, one mental health professional
like another, one medication like another.
- DO NOT set up an adversarial situation.
- DO NOT get drawn into unrealistic perceptions; do not argue with delusions.
- DO NOT isolate yourself from the patient, your family, friends, co-workers,
employers, and so forth.
- DO NOT subject yourself or the patient to tasteless humor, teasing, and ridicule.

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญทิพย์ สุขมาก และคณะ. เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2541

2. ปัทมา ศิริเวช และคณะ. เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2541
3. พิเชฐ อุดมรัตน์. เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2541
4. สมรัก ชูวานิชวงศ์. คู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มสำหรับญาติและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี. 2541
5. อุมพร ตรังคสมบัติ. Special Topics : Schizophrenia. Family Therapy and Family Counseling. 2540:329-47
6. Teera Leelanuntakit , et al. The Result of Prelapse Program in Thailand : Comparison One Year Before and After. From The Journal of The Psychiatric Association of Thailand. 1999;44:3-11
7. World Health Organization. Collaborating Center for Mental Health and Substance Abuse. Schizophrenia : Specific Interventions. Management of Mental Disorders , Treatment Protocol Project. Second Edition. 1997:330-77
8. Marion Zucker Goldstein . Families of the Schizophrenic patients. Family Involvement in the Treatment of Schizophrenia. 1986:9-10
9. Juan Bustillo,Samuel J.Keith,John Lauriello.Schizophrenia:Psychosocial Treatment. Kaplan & Sadock ' s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh Edition.1999:1210-6