

บทปริทัศน์

Review Article

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน
**Psychiatric Nurses' Roles on Mental Health Promotion for Schizophrenic
Patients' Caregivers in Local Communities**

ศิริกัญญา บุษหงษ์* โปรยทิพย์ สันตะพันธ์* ทัดภณ พละไชย*
Sirinporn Bussahong* Proithip Santhapan* Tattapon Palachai*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 34000
*Boromarajonani College of Nursing Sanpsithiprasong Ubon Ratchathani 34000

Corresponding author E-mail address: sirin_bus@hotmail.com

Received: 28 February 2019

Revised: 17 April 2019

Accepted: 31 August 2019

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างเรื้อรัง มีอัตราการป่วยของผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มมากขึ้นทุกปี นโยบายของกรมสุขภาพจิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับสู่ชุมชนภายใต้การดูแลจากครอบครัวและชุมชนโดยเร็วที่สุด มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย แต่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ กังวล และเครียดกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะหากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดีย่อมส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพดีตามมา บทความนี้นำเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ดูแล และบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อพัฒนาและยกระดับจิตใจให้เข้มแข็ง พร้อมเผชิญสถานการณ์ที่เข้ามากระทบกระเทือนจิตใจ สามารถจัดการความเครียด ตลอดจนปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท บทบาทพยาบาล

พุทธชินราชเวชสาร 2562;36(2):265-72.

Abstract

Schizophrenia is a chronic mental disease that the number of patients is increasing every year. According to the Department of Mental Health's policy, patients suffering from this disease should return to the community, cared by their families and communities as soon as possible and emphasized on participation of the local communities and the network partners. But taking care of schizophrenic patients make the caregivers felt discouraged, worried and stressful with what they were working on. Thus, mental health promotion for the caregivers of schizophrenic patients is also crucial. Because, if they have strong mental health, the treatment for the patients will be of good quality. This article presents issues on mental health of those who taking care of the schizophrenic patients and psychiatric nurses' roles on mental health promotion among the caregivers in order to develop and strengthen their mind, ready for any situations affecting their mind, manage stress and adjust themselves happily with the society.

Keywords: mental health, schizophrenic patients' caregivers, nurses' roles

Buddhachinaraj Med J 2019;36(2):265-72.

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ปีพ.ศ. 2558-2560 มีจำนวน 488, 436 ราย 580, 181 ราย และ 480,266 ราย ตามลำดับ¹ ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพจิตมีนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุด โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2565) เน้นให้ผู้ป่วยกลับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมอาการไม่กลับเป็นซ้ำ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมตามอัตภาพ²

เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมาอยู่ภายใต้การดูแลของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 1 คน จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่า การที่ผู้ป่วยยังมีอาการหลงทางจิตเหลืออยู่ ส่งผลให้สมรรถนะในการดูแลตนเองลดน้อยลง ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งการทุ่มเทเวลา การรับภาระค่าใช้จ่ายที่ต่อเนื่องอย่างยาวนาน ก่อให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์³ การดูแลผู้ป่วย

จิตเภทต้องดูแลทั้งทางด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดำเนินชีวิตส่วนตัว ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้เวลาในการดูแลมากถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน สิ่งเหล่านี้จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจ ท้อแท้ และขาดอิสระในการดำเนินชีวิต เกิดความเครียด ซึมเศร้า สิ้นหวังและมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้⁴ จากการเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความเครียดและรู้สึกท้อแท้กับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ไม่รู้ว่าเมื่อไหร่ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น และยังกังวลถึงอนาคตว่าหากไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตได้เองอย่างไร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่รุมเร้าที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกอึดอัดในสิ่งที่ต้องรับผิดชอบ ผู้ดูแลบางคนได้แต่ให้กำลังใจกับตนเองและทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ความรุนแรงของโรคจิตเภท ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติและมีปัญหาทางจิตเวชได้⁵

สุขภาพจิตของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะหากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดี ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลเอาใจใส่ดีไปด้วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ดูแล และบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อพัฒนาและ

ยกระดับจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วยให้เข้มแข็ง พร้อมเผชิญกับสถานการณ์ที่เข้ามากระทบกระเทือนจิตใจ สามารถจัดการความเครียด ตลอดจนปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ความหมายของสุขภาพจิต (Mental health)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) ให้ความหมายสุขภาพจิตว่าเป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไม่เพียงแต่ปราศจากโรคจิตหรือโรคประสาทเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับตัวให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข⁶ ส่วนกรมสุขภาพจิต ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้ สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้⁷

สรุปคือ สุขภาพจิตเป็นความผาสุกของบุคคล ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถจัดการกับความเครียด และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ อย่างมีความสุข

ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

1. ความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติหลายด้าน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และมีความทุกข์ทรมานทางใจ ผู้ดูแลบางรายต้องเสียสละเวลาทำงานประจำของตนเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย⁸ ครอบครัวที่มีสมาชิกที่เจ็บป่วยทางจิต ครั้งแรก มีความเครียดมากกว่าครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยมานาน เนื่องจากครอบครัวขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตมาก่อน⁹ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแล 3 ด้าน ดังนี้

1.1 เศรษฐฐานะในครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ญาติหรือผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านการเงิน มีโอกาสเกิดความเครียดได้สูง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีรายได้ไม่แน่นอน หากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการปัญหา รายรับกับรายจ่ายให้เหมาะสมทำให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัว ทำให้เกิดความยากลำบากยิ่งขึ้น¹⁰

1.2 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการ

สนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดลง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา (coping resources) ที่สำคัญ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียดจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เข้ามา เพิ่มความทนทานต่ออารมณ์ด้านลบ เกิดขวัญและกำลังใจในการดูแลยิ่งขึ้น¹¹

1.3 อาการของโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการดีขึ้น และแพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลได้ แต่ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-70 จะมีอาการกลับเป็นซ้ำใน 1 ปีแรกหลังจากที่เข้ารับการรักษา ช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายข้าวของเสียหาย หรือก่อคดีร้ายแรงได้ การจัดการกับพฤติกรรมเหล่านี้จึงยากกว่าการจัดการกับพฤติกรรมทางกาย เพราะญาติไม่สามารถคาดเดาถึงความแน่นอนของโรคได้ สิ่งเหล่านี้สร้างความวิตกกังวลต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก⁹

2. ความกดดันทางจิตใจ ในบริบทของสังคมไทย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ เป็นบิดามารดา ภรรยา สามี พี่น้อง บุตร ที่มีความรักและผูกพันทางใจกับผู้ป่วย เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเกิดขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นทุกข์กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ยิ่งผู้ดูแลมีความผูกพันและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมาก ยิ่งทำให้เกิดความเครียดและความกดดันทางจิตใจที่ต้องยอมรับในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังยาวนานที่ยากต่อการดูแลและคาดเดาอาการทางจิตได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีการแสดงออกด้านพฤติกรรมไม่เหมาะสม คุกคาม และอาจเกิดอันตรายต่อครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากใจเป็นอย่างมาก ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นความทุกข์ที่ท่วมท้นและส่งผลกดดันทางใจของผู้ดูแล¹²

3. การเป็นตราบาป เป็นความรู้สึกในทางลบที่เกิดขึ้นภายในตัวของผู้ดูแล เป็นผลกระทบที่เกิดจากการอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากอคติ

ทางลบของคนในสังคมที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้สึกอับอายขายหน้า กลัว วิตกกังวล รู้สึกผิด ต่ำห็นตนเอง รู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วย มีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่เหมาะสม ต้องการปิดบังซ่อนเร้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย¹³ สิ่งที่เป็นปัญหาไม่ได้ในสังคม คือ พ่อ แม่ พี่ น้อง รวมถึงบุคคลใกล้ชิดเกิดความอับอายและมีตราบาปเกิดขึ้น รู้สึกถูกแบ่งแยก กีดกัน และลดโอกาสในการเข้าสังคม¹⁴

4. ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Beck (2011) คือ คนที่มีความคิดในทางลบเกี่ยวกับตัวเอง โลก และอนาคต มีความเสี่ยงที่เกิดภาวะซึมเศร้า การที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่างๆ เช่น โทษตัวเองว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต คิดว่าตนเองไร้ค่า และเป็นทั้งรังเกียจของสังคมที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความคิดในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม จนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า¹⁵ ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวโปรแกรมการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶

5. ความรู้สึกเป็นภาระ เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลที่รู้สึกว่าถูกคุกคามเป็นอันตราย และรบกวนความสุขของตนเอง เกิดจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 80 กลับมาอาศัยอยู่กับครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่หายเป็นปกติ แต่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ ผู้ป่วยบางรายมีอาการกำเริบเป็นบางครั้ง หรือยังมีอาการหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหลงผิด เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตัวเอง การรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงสภาพการรักษาและหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนั้นต้องมีผู้ดูแลที่ช่วยฟื้นฟูสภาพ ควบคุม และปรับพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพด้านจิตเวช ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ต้องทำหน้าที่ดูแลและจัดกิจกรรมต่าง ๆ

ให้ผู้ป่วยในระยะที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่และต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยบางกิจกรรม หรือแทบทั้งหมด ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ¹⁷ Pai and Kapur (1981) ได้แบ่งภาระออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ภาระที่มีอยู่จริง และภาระจากความรู้สึก¹⁸ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระสูง เป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคทางจิตเวชได้¹⁹ ประเทศไทยได้มีการประยุกต์ใช้ โปรแกรมการบำบัดครอบครัวเพื่อลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โปรแกรมดังกล่าว ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้สำรวจปัญหาและความต้องการของตนเอง รวมทั้งได้มีการการสร้างเครือข่าย และระบบสนับสนุนทางสังคม²⁰

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลจึงเป็นการกระทำเพื่อมุ่งสร้างให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการพัฒนาและยกระดับจิตใจให้เข้มแข็ง พร้อมเผชิญกับสถานการณ์ที่เข้ามากระทบกระเทือนจิตใจ สามารถจัดการความเครียด ตลอดจนปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข กรมสุขภาพจิตได้ระบุกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิต 5 ด้าน ได้แก่ 1) การกินอาหารให้ถูกหลัก 2) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3) การพักผ่อนอย่างเพียงพอ 4) การมีกิจกรรมนันทนาการ และ 5) การหลีกเลี่ยงพิษภัยต่อสุขภาพ²⁵ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ดูแล ถือเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยลดปัจจัยด้านลบในการบั่นทอนสุขภาพจิตของผู้ดูแล และการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนี้

1. บทบาทในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท นอกจากจะมีผลกระทบกับผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังมีผลต่อบุคคลในครอบครัว คู่สมรส เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด พยาบาลควรประเมินความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการดูแลที่เหมาะสม²¹ โดยเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมิน ได้แก่

1.1. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (GHQ-12) เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตที่นิยมใช้ โดยแบบประเมิน General Health Questionnaire (GHQ) พัฒนาจากแบบประเมินภาษาอังกฤษของ Goldberg ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบตอบด้วยตัวเองเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในชุมชน GHQ ฉบับเต็ม (GHQ-60) ประกอบด้วยคำถาม 60 ข้อ และมีฉบับย่ออื่นๆ อีก พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมีความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี สำหรับในประเทศไทยแนะนำชนิด 12 ข้อ เนื่องจากมีข้อดีที่สั้น สะดวกต่อการคิดคะแนน โดยตัวเลือก 2 ข้อแรกมีค่าเท่ากับคือข้อละ 0 คะแนน ตัวเลือก 2 ข้อหลังมีค่าเท่ากับคือข้อละ 1 คะแนน ค่าคะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 12 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปถือว่าผิดปกติ GHQ จึงเป็นเครื่องมือที่มีส่วนช่วยในการประเมินสภาพปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน หรือในสถานบริการ เพื่อวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตต่อไป

1.2. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง แบบสอบถามความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียด ST-5 ของกรมสุขภาพจิต (พ.ศ.2551) พัฒนามาจากแบบสอบถามความเครียดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ (SST-20) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อแบ่งภาวะเครียดออกเป็น 4 ระดับ พร้อมคำแนะนำการปฏิบัติตนในแต่ละระดับความเครียด เหมาะสำหรับใช้ในคลินิกคลายเครียดหรือใช้ประเมินปัญหาภาวะเครียดในชุมชนต่างๆ เช่น ในสถานประกอบการ ในบางกลุ่มอาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2. บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา การให้คำปรึกษาเป็นบทบาทของพยาบาลจิตเวช มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม หรือให้ข้อมูล คำแนะนำ สนับสนุนกำลังใจสร้างแรงจูงใจ และปัจจัยทางบวก รวมทั้งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญปัญหาและปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตนเอง โดยมีหลักการ ที่สำคัญคือการค้นหาศักยภาพ ความสามารถ และพลังที่มีอยู่ในบุคคล สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่น สามารถเข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา และยอมรับปัญหาปรับตัวและเผชิญ

สภาพของตนอย่างเข้มแข็ง เลือกหนทางและตัดสินใจด้วยตนเองได้ รับผิดชอบตนเอง²²

3. บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนและหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือ โดยพยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

3.1 ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตใจและสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการสายด่วนให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (hotline) การใช้สายด่วนสุขภาพจิต 1323 เป็นต้น

3.2 ให้ความรู้โดยสอนสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแล เรื่องความเครียดจากการดูแลและวิธีการจัดการความเครียด ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ได้อธิบายว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ที่บุคคลประเมินว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น²³ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดอยู่ในระดับสูง และส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าจัดการกับปัญหา²⁴ ดังนั้นบทบาทในการให้ความรู้ของพยาบาลจิตเวชแก่ผู้ดูแล ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อความเครียดได้แก่

1. ทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดศีรษะข้างเดียว หัวใจเต้นแรงและเร็ว มือและเท้าเย็น ท้องอืด คลื่นไส้หรือปั่นป่วนในท้อง ความดันโลหิตสูง หอบหืด โรคหัวใจ
2. ทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า
3. ทางด้านความคิด เช่น หดหู่ ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจลำบาก หลงลืมง่าย มีความคิดทางลบมากกว่าทางบวก เห็นตัวเองไม่มีคุณค่า สิ้นหวัง
4. ทางพฤติกรรม เช่น สูบบุหรี่จัด ไม่เจริญอาหาร ก้าวร้าว นอนไม่เต็มที่

การสอนช่วยให้ผู้ดูแลได้ทราบถึงผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้มีความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองให้ห่างไกลจากความเครียดได้ นอกจากนี้ พยาบาลควรมีวิธีการสาธิตเทคนิคการ

ปฏิบัติเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดเพราะเมื่อบุคคลเกิดความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะหดเกร็ง จิตใจหมกมุ่น ขาดสมาธิ ดังนั้นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่จึงเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก ได้แก่ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น การใช้เทคนิคความเงียบ การใช้จินตนาการ การทำงานศิลปะ การใช้เสียงเพลง และการใช้เทปเสียงคลายเครียดด้วยตัวเอง

4. บทบาทในการสร้างภาคีเครือข่ายโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท เน้นการป้องกันการเสื่อมถอย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ การสื่อสาร และสังคม การบำบัดดังกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทีมสหวิชาชีพหลากหลายสาขา เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และวิชาชีพอื่นๆ เพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และไม่เป็นภาระของผู้ดูแลและบุคคลรอบข้าง กระบวนการในการดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ดีที่สุดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ คือ การได้อาศัยกับครอบครัวการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในชุมชน และการจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำ สิ่งเหล่านี้ล้วนเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตลอดจนช่วยลดการเป็นภาระของผู้ดูแลในชุมชนได้²⁴

ดังนั้นการมุ่งให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการสร้างเครือข่ายทั้งทีมสุขภาพ และเครือข่ายในชุมชน จึงเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้ทั้งการดำเนินชีวิตส่วนตัว และการประกอบอาชีพตามศักยภาพได้

5. บทบาทในการเป็นผู้นำกลุ่ม การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองช่วยให้สมาชิกในกลุ่มซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้มีการแลกเปลี่ยนทักษะการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เกิดการประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และที่สำคัญการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองส่งผลให้เกิดปัจจัยในการบำบัดต่างๆ ได้แก่ 1) การมีความหวัง (instillation of hope) เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยจากการเห็นสมาชิกในกลุ่มดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ปัญหาเดียวกันกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่า

สามารถเอาชนะปัญหาได้ ส่งผลให้เกิดความหวังมากยิ่งขึ้น 2) ความรู้สึกอันเป็นสากล (universality) เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว การเข้าร่วมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยได้เห็นสมาชิกคนอื่นว่ามีปัญหามากมายเช่นเดียวกับตนเอง เช่น ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจพบว่าไม่ใช่มีเพียงตนเองเท่านั้นที่มีเครียดและความทุกข์ใจจากการดูแลผู้ป่วย 3) การได้รับข้อมูล (imparting information) สมาชิกในกลุ่มได้รับข้อมูลต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม ได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากตัวผู้นำกลุ่ม 4) การรู้สึกได้ทำประโยชน์ (altruism) การที่สมาชิกรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น การให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยประสบมาก่อน และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มรับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นบ่อยคือ ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความรู้สึกอันเป็นสากล การได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก การรู้สึกได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นและได้รับข้อมูลให้กับตนเอง²⁵

สรุป

การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวชที่ต้องใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกที่ดีในด้านบวก มีความสุขในการทำหน้าที่ และเกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีเป้าหมายเพื่อ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกด้านลบที่เข้ามา สามารถเผชิญและปรับตัวต่ออุปสรรคและความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Report Department of Mental Health (internet). (cited 2018 December 20). Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>
2. Puengkatesoontorn N, Lueboonthavatchai O. The effect of family interventions program on burden among family caregivers of schizophrenic patients in community. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2011;25(2): 51-63.
3. Toonsiri C, Sunsem R, Lawang W. Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. *J Nurs Educ* 2011;4(1):62-75.
4. Sharon E, Kalma Y, Sharp A, Raveh-Sadka T, Levo M, Zeevi D, et al. Inferring gene regulatory logic from high-throughput measurements of thousands of systematically designed promoters. *Nat Biotechnol* 2012;30(6):521-30.
5. Namlao W, Nabkasorn C, Vatanasin D. Factors Affecting Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital. *J Phrapokklao Nurs Coll* 2018;29(2):23-35.
6. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. (internet). (cited 2018 Dec 22). Available from: URL: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
7. Townsend JP. Sleuthing the difference a nucleotide can make. *Mol Ecol* 2008;17(12):2793-5.
8. Tan SC, Yeoh AL, Choo IB, Huang AP, Ong SH, Ismail H, et al. Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *J Clin Nurs* 2012;21(17-18): 2410-8.
9. Lohacheewa S. Stress and effect of stress on family members with a relative with first-episode schizophrenia: the nursing role. *Thai Red Cross Nurs J* 2018;11(1): 60-7.
10. Kolyanee A, Dangdomyouth P, Aumtanee A. Selected factors relating to quality of life among caregivers caring for patients with schizophrenia at mome. *J Police Nurs* 2015;7(1):104-16.
11. Buranakunkitkan S, Chaisena Dallas J, Hengudomsu P, Pratoomsri W. Relationships between protective factors and resilience among schizophrenia caregivers. *Nurs J Ministry Public Health* 2018;28(1): 24-35.
12. Chimsuk N, Dangdomyouth P. Selected factors related to psychological distress of family caregivers of schizophrenic patients. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2014;28(3): 49-62.
13. Mak WW, Cheung RY. Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: conceptualization and unified measurement. *Am J Orthopsychiatry* 2010;80(2):267-81.
14. Hasson-Ohayon I, Levy I, Kravetz S, Vollanski-Narkis A, Roe D. Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Compr Psychiatry* 2011;52(1):75-80.
15. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
16. Kasemsuk P, Uthis P, Dangdomyut P. Effects of support group therapy on the burden and depression of caregivers of patients with schizophrenia. *Thai Red Cross Nurs J* 2008;1(3):75-93.

17. Chang KH, Horrocks S. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *J Adv Nurs* 2006;53(4):435-43.
18. Pai S, Kapur RL. The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule. *Br J Psychiatry* 1981;138:332-5.
19. Luangmongkhonchai N, Lueboonthavatchai O. The Effect of perceived self-efficacy promoting group on medication adherence and follow-up intention of schizophrenic patients. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2011;25(3): 49-62.
20. Loatrakoon M. Medical Behavioral Science Textbook. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University; 2012.
21. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. The Role of the Nurse in Addiction Counseling. *Nursing Role. J Royal Thai Army Nurs* 2018;19(1):16-23.
22. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
23. Carver CS, Scheier MF. Dispositional optimism. *Trends Cogn Sci* 2014;18(6): 293-9.
24. Wattanasiri O, Sripusito S. The development of process of continuity care in schizophrenia patient by interdisciplinary team and care giver network of Kamphaeng Phet Hospital. *J Nurs Div* 2013;40(1):66-83.
25. Akathimkul S, Lueboonthavatchai O. The effect of family counseling program on burden of schizophrenic patients' caregivers. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2015;29(2): 64-76.