



บทความวิชาการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กับบทบาทการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ธรรป เทียนสันต์*

คณะพยาบาลศาสตร์มีชนัน มหาวิทยาลัยนานาชาติ เอเชีย-แปซิฟิก (วิทยาเขตกรุงเทพฯ)
430 ถนนพิษณุโลก แขวงสีแยงมทานาค เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

บทคัดย่อ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิต ที่มีอาการของโรคเรื้อรังและซับซ้อน และมีอัตราการเพิ่มปริมาณของผู้ป่วยมากขึ้นในทุกปี ทั้งในระดับนานาชาติ และในประเทศไทย เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งมีการดูแลรักษาที่จำกัด จนก่อให้เกิดความพิการทางด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้ป่วย ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั้งแผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ปัจจุบันแม้ว่าแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ซึ่งต่อเนื่องมาจากแผนฉบับที่ 11 มีนโยบายให้ลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ภายใต้การดูแลของผู้ดูแล จากครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวและชุมชนไม่มีความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ดังนั้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงต้องแสดงบทบาทพยาบาลจิตเวช ในการเตรียมความพร้อมให้ครอบครัว สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช/การเตรียมความพร้อมของครอบครัว/ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



Psychiatric and Mental Health Nurses with the Roles of Family Preparedness of Schizophrenic Patients Care in the Community

Thongrob Thiensan*

Abstract

Schizophrenia is a psychiatric disorder with the chronic complexity of manifestations. Schizophrenia increases the number of patients every year, both internationally and domestically in Thailand. As a result of chronic illness, which has limited care, this causes psychological disability and the social aspect of the patient. There are many schizophrenia patients being treated in a psychiatric hospital, both inpatient and outpatients. Currently, although the National Health Development Plan No. 12, following from the 11th Plan, has a policy of decreasing hospitalization and returning patients to the community, by the supervision of family caregivers and community caregivers at home. However, the study found that there is also a lack of family readiness to take care of their patients at home. Therefore, psychiatric and mental health nurses must perform the roles of psychiatric nurses in preparation for the family to provide appropriate care for schizophrenic patients in the community.

Keywords: Psychiatric and Mental Health Nursing / Family Preparedness / Schizophrenic patients in the community



บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของจิตใจ ความคิดผิดแปลก มีอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน และสูญเสียการเข้าร่วมสังคม (Crismon & Buckley, 2005) เป็นโรคจิตเรื้อรังที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่มีความซับซ้อนของอาการทางจิต ซับซ้อนในพฤติกรรมการแสดงออก สับสน วุ่นวาย การตอบสนองทางอารมณ์ผิดปกติ การรับรู้ และการทำหน้าที่ของตนเองสูญเสียไป (Li, Xiang, Chen, Li, Shen, Liu, Li, Xing, Wang, Wang, Feng, He, Zhao, & Shi, 2015) อีกทั้งยังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียความสามารถได้สูง ทั้งในเรื่องของการทำหน้าที่การดำเนินชีวิต และบุคลิกภาพสูง เมื่อเทียบกับโรคทางกาย (Norton, Williams, & Owen, 2006) อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคนี้ประกอบไปด้วย กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) และกลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) (American Psychiatric Association, 2013) ร่วมกับอาการหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอน (hallucination) ความผิดปกติด้านการพูด (disorganized speech) ความผิดปกติของพฤติกรรม (grossly disorganized or catatonic behavior) หรือมีอาการด้านลบ (negative symptoms) ร่วมกับการมีปัญหาในการดูแลตนเอง การทำงาน สัมพันธภาพ และมีอาการต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งไม่ได้เกิดจากอาการของโรคทางกาย สารเสพติด หรือยา รักษาโรคอื่นๆ โรคจิตเภท เมื่อเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงถือเป็นโรคเรื้อรัง มักจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ (Lortrakul & Sukanid, 2015) จากการศึกษาของ Wang, Petrini, and Morisky (2016) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท เป็นโรคจิตเรื้อรังที่มีความรุนแรง ทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง และสามารถเกิดกับบุคคลได้ในทุกระดับของสังคม

โรคจิตเภทเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram & Udomratn, 2010) จากการศึกษาสถิติประชากรของทั่วโลก ในเดือนเมษายน ปี ค.ศ. 2016 พบมีผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก หรือมากกว่า 21 ล้านคน และเป็นโรคจิตที่เป็นมากกว่าโรคทางจิตเวชชนิดอื่นๆ โดยแบ่งเป็นเพศชายประมาณ 12 ล้านคน และเพศหญิง ประมาณ 9 ล้านคน (World Health Organization, 2016) พบความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 0.3-0.7 แต่จะปีจะพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน โดยผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกมีความชุกถึง 24 ล้านคน (Lortrakul & Sukanich, 2009; Van Os & Kapur, 2009) ซึ่งในประเทศไทย พบความชุกชั่วชีวิตของการเกิดโรคจิตเภท ประมาณ 4 คนต่อประชากร 1,000 คน พบอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท ประมาณ 15.2 ต่อประชากร 1,000 คน (Suttajit & Srisurapanont, 2009) จากสถิติผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557 พบมีผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่มากที่สุด จำนวน 82,838 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 214,193 คน และจากสถิติการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา ในปี พ.ศ. 2556-2558 พบมีผู้ป่วยจิตเภทเป็นอันดับที่ 1 จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2015a, as cited in Stithyudhakarn, 2016) อัตราความชุกของโรคจิตเภทยังคงอยู่ชั่วชีวิต ส่วนหนึ่งสืบเนื่องจากการดูแลรักษาที่จำกัดจนทำให้อาการของโรคแย่ลง โรคจิตเภทมีความรุนแรงมากกว่าโรคทางจิตอื่นๆ จึงถือเป็นความพิการทางจิตใจและสังคม (Kiziltoprak, 2006; Öztürk, 2008; Yilmaz & Okanlı, 2015) และยังพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (Udomratn & Wasiknanon, 2009a)



ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปริมาณมากที่สุด ในขณะที่การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเวชในโรงพยาบาลยังทำได้จำกัด ดังในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีจำนวนเตียงที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชทั้งสิ้น 8,959 เตียง หรือคิดเป็นสัดส่วนเตียงจิตเวชต่อประชากรเท่ากับ 1:7,269 อีกทั้งเป็นบริการที่มีลักษณะการกระจุกตัวหนาแน่นในเขตภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2015b) ส่งผลให้ในปัจจุบัน การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล จำเป็นต้องมีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวในชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ทำให้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทถูกจำกัดลงโดยจะใช้เวลาในการรักษาเพียง 3-4 สัปดาห์ เท่านั้น (Udomratn & Wasiganont, 2009b) ประกอบกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เน้นการดูแลตนเอง เป็นเหตุให้เวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถูกจำกัดให้สั้นลงเฉลี่ย 2 สัปดาห์ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2009) การให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวของตนเอง โดยให้ครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแลหลักมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจึงถือเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว และในชุมชนของตนเอง (Puengkatesoontorn & Lueboonthavatchai, 2011) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชนแล้ว ทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพราะครอบครัว คือส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Hou, Ke, Su, Lung, & Huang, 2008) นอกจากนี้ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน ประชาชน องค์กรท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม รวมทั้งภาคีเครือข่ายระดับชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึง

จำเป็นต้องมีการพัฒนาพยาบาลจิตเวช พยาบาลชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข อสม./อสส. แกนนำ หรือผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล ประชาชน และผู้ช่วยผู้ดูแลผู้ป่วย ให้มีศักยภาพ มีความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงลดลง สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง และชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสร้าง และจัดการระบบสุขภาพได้ (Ministry of Public Health, 2017)

จากปัญหาความแออัดของการให้บริการในโรงพยาบาลดังกล่าว การจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยมีครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลัก ร่วมกับการดูแลของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายชุมชน โดยพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ผลตามการบริหารจัดการบริการด้านสุขภาพจิตตามนโยบายของรัฐบาล และต้องไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวยังขาดความพร้อมในการรองรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อกลับถึงชุมชนแล้ว โดยขาดความเข้าใจที่แท้จริงในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลประสบปัญหา และภาระในการดูแลผู้ป่วย หากไม่ได้เตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหาทางจิตของผู้ป่วยในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านดีเพียงพอ (Thongsai, 2015)

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนในปัจจุบัน มักเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ทำให้สมรรถนะต่างๆ ของร่างกายลดลง และส่งผลต่อการพยากรณ์ของโรคไม่ดี มีโอกาสเกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้มากขึ้น จนอาจเป็นสภาวะเสื่อมถอยถาวร (Mueser & Mc Gurk, 2004) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ทำให้ครอบครัว



ต้องมีส่วนร่วมในตัวผู้ป่วยมากขึ้นเกิดภาระเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล (Sadock & Sadock, 2007) ทำให้ผู้ป่วยบางรายถอยหนีจากการรักษา เนื่องจากไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว และไม่อยากเป็นผู้สร้างตราบาปให้กับครอบครัว (Small, Harrison & Newell, 2010) ในขณะเดียวกัน ผู้ดูแลหลักในชุมชนเอง (Carer) หรือ ครอบครัว ก็อาจเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จึงทำให้เกิดการถอยหนีจากการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน (Kaplan & Sadock, 2000) นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลัก หรือ ครอบครัว ยังประสบกับสภาวะสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ อันเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังในสถานการณ์ที่พบในสหราชอาณาจักร ซึ่งพบว่า ประชากรมากกว่า 500,000 คน ป่วยด้วยอาการทางจิตที่รุนแรง (Princess Royal Trust for Carers, 2002) โดย ร้อยละ 40 ของกลุ่มประชากรที่ป่วยทางจิตรุนแรงนั้น ยังอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวของตนเองในชุมชน (Rethink, 2006) และพบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการทางสุขภาพจิต มีความเครียดเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเอง และปัจจัยจากผู้ดูแลหลัก หรือ ครอบครัว รวมถึงปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคม มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจากชุมชน กลับเข้ารับการรักษารื้อ (relapse) โดยมีอัตราต่อปีเพิ่มมากขึ้น (Wongsin, Yunibhand, & Suktrakul, 2012)

นอกจากปัจจัยข้างต้นแล้ว ยังพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวช โดยเฉพาะการจัดระบบบริการในชุมชน ยังเกิดความไม่ทั่วถึงเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Pratchayakhup, 2005) จากผลการศึกษาของกรมสุขภาพจิต ในปี 2558 พบว่า การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ยิ่งไปกว่านั้น จากการศึกษา การเข้าถึงบริการโรคจิต ในพื้นที่อำเภอนำร่อง พบว่า มี

เพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาโดยชุมชน การติดตามต่อเนื่อง พบว่า มีเพียงร้อยละ 39 เท่านั้นเนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมการดูแลโดยชุมชน จึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังอาการกำเริบได้ ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทย สอดคล้องกับปัญหาของโลก ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเข้าถึงบริการต่ำกว่าโรคทางกาย อันเนื่องมาจากทัศนคติ การยอมรับการรักษา และการพัฒนาระบบบริการยังไม่เพียงพอ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2017b)

จึงกล่าวได้ว่า ประเด็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบไปด้วย ปัญหาความแออัดของการให้บริการในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น พยาธิสภาพของโรคที่เสื่อมถอย ส่งผลให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมได้ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน ที่ต้องเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ความไม่พร้อมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อที่บ้าน ซึ่งครอบครัวของผู้ป่วยคือผู้ดูแลหลัก ร่วมกับการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพภาคีเครือข่ายชุมชน พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จึงมีส่วนสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยใช้บทบาทพยาบาลจิตเวชร่วมกับหลักการทำงานของชุมชน การส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษา และการฟื้นฟู เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดำรงชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด ตามบริบทของครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ส่งผลต่อการลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย และประเทศชาติได้



บทบาทพยาบาลจิตเวชกับการเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา (Thiansan & Dangdomyouth, 2015) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เสื่อมถอยของร่างกาย เพื่อลดความพิการถาวรของสติปัญญา การเรียนรู้ การสื่อสาร และจิตใจ โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมศักยภาพชีวิตที่เหลืออยู่นั้นให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม เป็นภาระต่อบุคคลรอบข้าง และสังคมน้อยที่สุด (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2009) พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ควรใช้บทบาทของตน เพื่อเตรียมความพร้อมครอบครัว และชุมชน ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ในการสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัย สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองตามพันธกิจของกรมสุขภาพจิต ด้วยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย/องค์กรต่างๆ เพื่อเป็นการเพิ่มขีดความสามารถให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2017a)

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว จึงถือเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด เพราะครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย (Addington, Mc-Cleery, & Addington, 2005) เพื่อเป็นการรองรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการกลับมารักษาต่อที่บ้าน ที่มีส่วนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายใต้อาณัติของ

ครอบครัวให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่ดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (Linstrom & Bingefors, 2000) การเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวในชุมชนมีความเข้มแข็ง มีความรู้ความสามารถ มีความมั่นใจ และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ดูแล ครอบครัว หรือแกนนำชุมชน ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านหรือในชุมชน ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (Project of Family Empowerment Program and Family Network to Promote Mental Health, Roi Et Hospital, Ministry of Public Health, 2009)

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นอกจากบทบาทในการเตรียมความพร้อมครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังที่กล่าวมาแล้ว พยาบาลสามารถให้บริการในงานจิตเวชชุมชน เพื่อส่งเสริมสถานะสภาพจิตป้องกันสาเหตุที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจให้กลับมาสมบูรณ์ที่สุด ลดความพิการทางจิตใจ โดยการใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัด ดังต่อไปนี้

1. สร้างมุมมองเชิงบวกให้กับผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนด้วยการจัดการกับความเชื่อต่างๆ ที่ไม่ถูกต้อง

- 1.1 โรคจิตเภท เป็นโรคที่สามารถรักษาให้อาการทุเลาได้ ควบคุมอาการได้ ด้วยการใชยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งการรักษาด้วยยานั้น ถือว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด สามารถควบคุมอาการไม่ให้กำเริบขึ้นมาได้เมื่ออาการอยู่ในระยะสงบ สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีปกติสุข (Thiansan, 2016)

- 1.2 โรคจิตเภท ไม่ได้มีความน่ากลัวดังเช่นข่าวสารทางสื่อสังคม มีผู้ป่วยบางคนเท่านั้นที่มีอาการดังกล่าว และเป็นระยะอาการกำเริบเท่านั้น ไม่ได้เป็นทุระยะอาการ และไม่ได้เป็นตลอดชั่วชีวิต จึงสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้

- 1.3 โรคจิตเภท ไม่ใช่โรคที่เกิดจากการ เป็นบาป ไม่ใช่โรคที่ควรสร้างตราบาป ไม่ได้เกิดจากบุญ



หรือกรรม ที่เกิดจากตนเองหรือครอบครัว ดังนั้น ทุกคนในครอบครัว ชุมชน และสังคม ไม่ควรแสดงท่าทีรังเกียจ หรือกล่าวหาว่าร้าย ที่ทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวสูญเสียคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้รวมถึงการแสดงอารมณ์ที่เป็นลบต่อผู้ป่วย การแสดงความรุนแรงต่อผู้ป่วย ด้วยการแสดงท่าทีในการตัดสินผู้ป่วยว่า เป็นบุคคลที่ไม่ดีไม่มีประโยชน์ หรือกระทำความรุนแรงให้กับผู้ป่วย (Mestdagh & Hansen, 2014)

การสร้างมุมมองเชิงบวกนั้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่จะช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้มีความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น จนกระทั่งสามารถปรับตัวเข้าหากันได้ คือ บทบาทในการช่วยการปรับตัวเข้าสู่สังคม (The Nurse as a socializing agent) ในบทบาทนี้ พยาบาลจิตเวชต้องพยายามให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ยินยอมที่จะเปิดใจในการปรับตัวเข้าหากันและกัน นำผู้ป่วยเข้าสู่กิจกรรมของชุมชนมากขึ้น เช่น งานกิจกรรมหรืองานบุญของชุมชน ทุกๆ คนในชุมชนรวมทั้งพยาบาลจิตเวช ต้องแสดงให้เห็นถึงความห่วงใย ความหวังดี และไม่ใช้การแสดงอารมณ์ที่ไม่ดี โดยพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ (expressed emotion) ของผู้ดูแลมีผลต่อการดำเนินโรค การกลับมาเป็นซ้ำ และส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทมากเป็น 8 เท่า หากสมาชิกในครอบครัวมีอาการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Roseliza-Murni, Oei, Fatimah, & Asmawati, 2014)

2. ให้ความรู้ความเข้าใจ กับผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้ภาษาการสื่อสารที่ง่ายต่อความเข้าใจ โดยใช้บทบาทพยาบาลเปรียบเสมือนครู (The Nurse as a teacher) แนะนำความรู้ที่เหมาะสมเพื่อให้ทุกคนในชุมชนโดยเฉพาะครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

2.1 โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีความผิดปกติของความคิด โดยมีอาการเด่นๆ คือ การแสดงออก

ทางพฤติกรรม การรับรู้ และ อารมณ์ผิดปกติ มีอาการอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย หรือสารเสพติดอื่นๆ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015)

2.1.1 ความผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น การแต่งกายไม่สะอาด ไม่ดูแลตนเอง พูดคนเดียว ยิ้มคนเดียว ทำงานบกพร่อง มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ดังนั้น ทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วมที่จะส่งเสริมให้ผู้ที่มีการดังกล่าวในชุมชนเข้าสู่กระบวนการรักษา

2.1.2 ความคิดผิดปกติ เช่น คิดว่าตนเองจะมีคนมาทำร้าย คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ เหนือมนุษย์ อาการสำคัญนี้เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ พยาบาลจิตเวชควรแนะนำให้ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนในการพยายามสนทนากับผู้ป่วย ให้อยู่ในโลกของความเป็นจริง อยู่กับปัจจุบัน และสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ป่วย ถึงความปลอดภัยที่อยู่ในชุมชนที่ตนเองอยู่

2.1.3 ผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น การมีอารมณ์ไม่เหมาะสม เหมือนคนปกติทั่วไป อารมณ์ไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่พูด มีอารมณ์เศร้าผิดปกติ หรือดีใจมากกว่าคนปกติ หรือเฉยชาไม่สนใจผู้อื่น

2.1.4 การรับรู้ผิดปกติ เช่น อาการสำคัญ คือ หูแว่ว ได้ยินเสียงกระซิบ คนมาพูดกล่าวร้ายตน หรือพูดคนเดียว เป็นต้น

3. ให้ความรู้ ถึงสาเหตุของการเกิดโรค ให้ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน

แม้ว่าปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดว่า สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากอะไรแน่ชัด แต่พบปัจจัยต่างๆ หลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับการเกิดโรค (Suan Prung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2009) และยังไม่มีอาการแสดงของโรคเพียงอาการเดียว ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเภท แนวทางการวินิจฉัยถึงสาเหตุจึงต้องอาศัยกลุ่มอาการ (Torrey, 2013)

3.1 สาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ กรรมพันธุ์ ครอบครัวหรือฝาแฝดที่เป็นโรค



จิตเภท อาจทำให้มีความเสี่ยงสูงมากกว่าผู้ป่วยทางจิตอื่นๆ การได้รับสารเสพติด หรือยาบางชนิดที่กระตุ้นระบบประสาทและสมอง การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง การติดเชื้อที่ระบบประสาทและสมอง

3.2 ปัจจัยด้านจิตใจ จิตใจที่ผิดปกติมาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อโตขึ้นแล้วอาจจะประสบกับเปลี่ยนแปลงของการเผชิญกับปัญหา ความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ เมื่อไม่สามารถรับมือกับปัญหาเหล่านั้นได้ จึงทำให้เกิดการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพจิตขึ้นได้

3.3 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทโดยมาก มีฐานะยากจน การดำเนินชีวิตในครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจ และถิ่นที่อยู่ใกล้กับแหล่งกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางจิตได้ เช่น ชุมชนแออัด แหล่งระบาดของยาเสพติด เป็นต้น ซึ่งปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมนี้ เป็นสิ่งที่อยู่เหนือความควบคุมที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น บทบาทพยาบาลเปรียบเสมือนผู้ปกครอง (The Nurse as a parent surrogate) ต้องประเมินความสามารถของผู้ป่วยในชุมชน ในทักษะที่ผู้ป่วยบกพร่อง แนะนำให้ครอบครัวไม่ควรทำให้ผู้ป่วยทุกสิ่งทุกอย่าง ซึ่งอาจเกิดภาวะพึ่งพาได้ พยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจ เสมือนตนเป็นผู้ปกครองผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อจำเป็นในชุมชนได้ ป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อม ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งพยาบาลจิตเวช ต้องแนะนำให้ครอบครัวช่วยดูแล ทำกิจวัตรประจำวันให้ ในยามที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้

4. ให้ความรู้กับ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ถึงการสังเกตอาการแสดงของโรคจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ (Limsricharoen, 2015) ดังนี้

4.1 กลุ่มอาการทางบวก คือ พฤติกรรมที่แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด เช่น อาการประสาทหลอน หูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงผิด

ก้าวร้าว รุนแรง เป็นต้น อาการด้านบวกเป็นการแสดงพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติเกินพอดี หรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริง (Steel & Wykes, 2013). ซึ่งผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน ควรสังเกตอาการถึงความผิดปกติดังกล่าว ว่าเกิดจากสาเหตุใด มีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ หรือเกิดจากการขาดยา ซึ่งมักเป็นสาเหตุหลักของการกำเริบดังกล่าว

4.2 กลุ่มอาการด้านลบ คือ การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่น้อยกว่าปกติ สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงออกทางอารมณ์ใดๆ ไม่พูด มีการแยกตัวจากสังคม ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม หรือ การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ที่ขาดหายไป หรือน้อยเกินไป อารมณ์ที่รวมถึงความยากลำบากในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และไม่มีเป้าหมายในตนเอง (Kring & Smith, 2013) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ควรทำให้ ผู้ดูแล ครอบครัว มีความรู้เข้าใจถึงอาการดังกล่าว เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาได้ อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น และมีปฏิสัมพันธ์มากขึ้น ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ (Thiansan & Dangdomyouth, 2015)

5. ให้ความรู้เรื่องการรักษากับผู้ดูแลครอบครัว และชุมชน ซึ่งใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสาน ที่พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องให้ข้อมูล เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับเข้าสู่ชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทดังต่อไปนี้

5.1 การรักษาด้วยยา ซึ่งมีทั้งยาฉีด และยารับประทาน เพื่อรักษาและแก้ไขอาการทางบวก (positive symptoms) ของผู้ป่วย หรือมีพฤติกรรมที่เป็นภาระต่อสังคม ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจัดการทางการพยาบาล โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล มีความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญของ



การรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ (Haynes, Yao, Degani, Kripalani, Garg, & McDonald, 2005) และเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค แนะนำให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ไม่ทำการหยุดยาเอง ให้รับประทานยาแก้อาการข้างเคียงที่แพทย์สั่ง ในกรณีอาการแพ้ยา เป็นมากขึ้น แนะนำพบแพทย์ และปรับลดขนาดของยา ตามการพิจารณาของแพทย์

ซึ่งการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการอยู่ร่วมกับสังคม ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีหน้าที่ในการให้คำแนะนำในเรื่องของการรับประทานยา ติดตามและตรวจสอบการใช้ยา หรือแม้กระทั่งการนิยามารักษาอาการทางจิต ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยใช้บทบาทพยาบาลทำหน้าที่ทางเทคนิค (The technical nursing role) รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท การใช้เทคนิคทางการพยาบาลจิตเวช ในการประเมินสภาพจิตเบื้องต้น (Mental status examination) ทุกครั้งที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน เพื่อหาสาเหตุที่ส่งผลต่ออาการทางจิตกำเริบ หาสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดความเบี่ยงเบนทางจิต

นอกจากการดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาแล้ว ต้องดำเนินการติดตามผล ติดตามประเมินภาวะสุขภาพ และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน หรือจนกว่าอาการจะคงที่ จนสามารถส่งต่อการดูแลให้กับทีมสุขภาพในชุมชนต่อไป นอกจากนี้ต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยด้วย (Nation Institute for Health and Care Excellence, 2014)

5.2 การรักษา ด้วยไฟฟ้า ใช้รักษาผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยไฟฟ้าเนื่องจากการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ หรือมีอาการ catatonia ทั้งระยะ

stupor หรือ excitement หรืออาจมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้ารวมกับการรักษาด้วยยา จะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น (Ruengtrakul, 2014) เช่นเดียวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ร่วมกับการใช้ยา ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Isil Gogcegoz, Gul, Gokben Hizli, Eylem, Mustafe Murat, & Nevzat, 2014)

5.3 การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) หรือการรักษาทางใจ พยาบาลจิตเวชต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวในชุมชน ให้ความพร้อมในการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน โดยพยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการบำบัดทั้งในโรงพยาบาล ส่งต่อการดูแลสู่ชุมชน ซึ่งบทบาทเสมือนผู้บำบัด (The Nurse as a therapist) พยาบาลผู้บำบัด (Nurse therapist) ที่มีประสบการณ์ มีความรู้หลักการในการบำบัด รวมทั้งการใช้กระบวนการพยาบาล ลงสู่ชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยการจัดกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลในชุมชน (Activity therapy) ซึ่งส่งผลต่อการรักษาของแพทย์ให้ก้าวหน้าขึ้น ดังนี้

5.3.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) ซึ่งแบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความทุกข์ สามารถค้นหาทางออกของปัญหาให้กับตนเอง มีความเข้าใจตนเองมากขึ้น ปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต และการพัฒนาบุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง และจิตบำบัดเป็นกลุ่ม (Group psychotherapy) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ถึงการปรับตนเองในการแก้ไขปัญหา โดยกลุ่มมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยได้

5.3.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับพฤติกรรมไม่เหมาะสมให้กับตนเอง เช่น การบำบัดโดยการให้ความรู้ในการจัดการ



ตนเอง (self- management education) การบำบัดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหา (problem solving therapy) การบำบัดการรู้คิดเพื่อปรับพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) และการฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) เพื่อเป็นการฝึกการแสดงออกฝึกพฤติกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคม โดยเฉพาะการฝึกการสื่อสารจากต้นแบบ ซึ่งช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีความร่วมมือในการรักษา (Simpson & Moriarity, 2014)

5.3.3 กิจกรรมพยาบาลเพื่อการบำบัด (Activity therapy) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมก่อนการกลับเข้าสู่ชุมชน ในการมีทักษะชีวิตที่จะดำรงชีพอยู่ได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด เป็นภาระต่อบุคคลรอบข้างน้อยที่สุด คือ 1. นันทนาการบำบัด (Recreational therapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเพลิดเพลินลดความกดดันในการดำเนินชีวิต และการเสริมทักษะการมีมนุษยสัมพันธ์ 2. อาชีวะบำบัด (Occupational therapy) เพื่อเสริมสร้างทักษะอาชีพให้กับผู้ป่วยในการกลับไปหาเลี้ยงชีพตนเองได้ ตามความถนัดของตนเอง 3. ศิลปะบำบัด (Arts therapy) ซึ่งประกอบด้วย ดนตรี ศิลปะ การแสดง ละคร และการเคลื่อนไหวหรือเต้นรำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงออกทางอารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจ ถ่ายทอดออกมาเป็นศิลปะแขนงต่างๆ เชื่อมโยงในการสร้างสัมพันธภาพใหม่ๆ กับผู้อื่น โดยเฉพาะจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการทางลบ (Sin, 2013) 4. การอ่านหนังสือ (Reading) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่สามารถอ่านได้ โดยเฉพาะการที่พยาบาลจิตเวชส่งเสริมให้ผู้ป่วยอ่านเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคจิตเภท จะทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการอ่านนั้นมากขึ้น และ 5. กิจกรรมงานบ้าน (Domestic Activities) เป็นกิจกรรมภายใต้บทบาทพยาบาลในการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (The nurse as a creator of therapeutic) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะเฉพาะ คือ การบกพร่องในการดูแลตนเอง และสภาพแวดล้อม กิจกรรมดังกล่าวจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย

เกิดความริเริ่มในการคิดที่จะดูแลตนเอง และสภาพแวดล้อมในชุมชนของตนเองมากขึ้น สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ไม่ได้มีความหมายเพียง อาคารสถานที่ หรือสิ่งแวดล้อมเพียงเท่านั้น ยังหมายรวมถึงการจัดการกับทัศนคติของทุกคนในชุมชนด้วย พยาบาลจิตเวชต้องให้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วยจิตเภท ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชน ถิ่นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ให้เข้าใจในตัวผู้ป่วยจิตเภทตามระยะอาการที่ผู้ป่วยเป็นมีความเคารพในตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความปลอดภัย และมั่นคงในการอาศัยในชุมชนของตน

จากกิจกรรมบำบัด (Activity therapy) ข้างต้น พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทพยาบาลในฐานะสมาชิกทีมผู้บำบัด (The Nurse as a member of a psychiatric team) ต้องทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการมีส่วนช่วยในการบำบัดรักษา และฟื้นฟู เพื่อป้องกันความเสื่อมถอยถาวรให้กับผู้ป่วยจิตเภทในทุกกิจกรรมบำบัด พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ประสานงานสหวิชาชีพให้สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ พยาบาลจิตเวช พยาบาลชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข อสม./ออสส. แกนนำหรือผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล ประชาชน และผู้ช่วยผู้ดูแลผู้ป่วย การดำเนินการติดตามดูแลรักษาในชุมชน ฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการประสานงานเชื่อมโยงข้อมูล และส่งต่อการดูแลรักษาต่อไป (National Health Security Office: NHSO, 2015)

5.3.4 การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) พยาบาลจิตเวชสามารถจัดกระทำได้ในลักษณะต่างๆ เช่น การทำจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่ม การให้คำปรึกษาครอบครัว การสอนและให้ความรู้รวมถึงสนับสนุนด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัว เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ได้



รับการดูแลช่วยเหลือสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (Lueboonthavatchai, 2015) ซึ่งบทบาทพยาบาลในการเป็นที่ปรึกษา (The Nurse as a counselor) ถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เมื่อผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว มีปัญหา รู้สึกไม่สบายใจ สิ่งที่เหมาะสมที่สุด คือ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ต้องส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชน มีความเข้าใจ ในอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ทุกคนในชุมชน ควรเป็นมิตรที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว คอยอยู่เคียงข้าง รับฟังปัญหาแบบสนใจ (sympathetic listening) ให้ผู้ป่วยได้ระบายเพื่อ ความสบายใจ เสนอตัวให้ความช่วยเหลือ การให้กำลังใจ หรือ การช่วยเหลือทางออกของปัญหา เป็นต้น

สรุป

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวช ที่มีความซับซ้อนของอาการแสดง อัตราการเกิดโรคจิตเภทของโลก และประเทศไทยมีอัตราเพิ่มมากขึ้นทุกปี พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของประเทศไทย ในการทำงานประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่การรักษาตัวในโรงพยาบาล จนถึงการกลับสู่ชุมชน การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลจิตเวช ในการให้บริการกับครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วย เพื่อการกลับเข้าสู่ชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถพึ่งพาตนเองในการดำรงชีพ ดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตามบริบทของชุมชน และลดการเป็นภาระต่อครอบครัว บุคคลรอบข้าง และชุมชน

.....

References

- Addington J., McCleery & Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79(1), 107-116.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth Edition. American Psychiatric Association Publishing: VA.
- Crismon, M.L., & Buckley, P.F. (2005). Schizophrenia. In: J. T. Dipiro., et al. (Eds.), *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach* (6th ed., pp. 1209-33). Stamford, CT: McGraw-Hill.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2009). *Annual Report*. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. (In Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2015a). *Department of Mental Health Annual Report 2015; Statistics*. Nonthaburi: Department of Mental Health. (In Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2015b). *Department of Mental Health Annual Report 2015; Statistics psychiatric beds*. Nonthaburi: Department of Mental Health. (In Thai)



- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2017a). *Strategic Plan, Department of Mental Health: During the National Economic and Social Development No. 12 2017-2021; section 6*. Retrieved August, 30, 2017 from http://www.dmh.go.th/intranet/p2554/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98__2560-2564.pdf (In Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2017b). *Strategic Plan, Department of Mental Health: During the National Economic and Social Development No. 12 2017-2021; Access to mental health and psychiatric services*. Retrieved August, 30, 2017 from http://www.dmh.go.th/intranet/p2554/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98__2560-2564.pdf (In Thai)
- Haynes, R.B., Yao, X., Degani, A., Kripalani, S., Garg, A.X., & McDonald, H.P. (2005). *Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst. Review*. Retrieved. 2005 Oct 19; (4): CD 000011.
- Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., & Huang, C. J. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 508-514.
- Isil Gogcegoz, G., Gul, E., Gokben Hizli, S., Eylem, O., Mustafe Murat, A., & Nevzat, T. (2014). Evaluation of the efficacy of the continuation electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia. *Archives of Clinical Psychiatry*, 41(4), 90-94.
- Kaplan, H. I., & Sadock, J. B. (2000). *Synopsis of Psychiatric: behavioral sciences and clinical psychiatric*. 8th ed. Baltimore: Wilium & Wilkins.
- Kızıltoprak, S (2006). *Şizofrenik Hasta Ailelerinde Yapılan Ruhsal Eğitimi Gruplarını Ailelerin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi [The effect of psychological education of schizophrenic patients' families on the hopelessness level of the family members]*. (Yüksek lisans Tezi) İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Kring, M. A. & Smith, A. D. (2013). The positive symptoms of schizophrenia. In G. L. Castonguay & F. T. Omanns (Eds.), *Psychopathology: From Science to clinical practice* (pp. 370-392). New York: A Division of Guilford Publications, Inc.
- Li, Z., Xiang, Y., Chen, I., Li, Q., Shen, J., Liu, Y., Li, W., Xing, Q., Wang, Q., Wang, L., Feng, G., He, L., Zhao, X., & Shi, Y (2015). Loci with genome-wide associations with schizophrenia in the Han Chinese population. *The British Journal of Psychiatry*, 207 (6), 490-494.
- Limsricharoen, K. (2015). *Schizophrenia and other psychotic disorders; in Textbook of Siriraj psychiatry DSM-5*. (2nd ed). Bangkok: Prayoonsarn-Thai Karnpim. (In Thai)
- Linstrom, E., & Bingeors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 18, 105-124.
- Lortrakul, M., & Sukanid, P. (2009). *Textbook of Rama-thibodi psychiatry*. (3rd ed). Bangkok:



- Beyond Enterprise. (In Thai)
- Lortrakul, M., & Sukanid, P. (2015). *Rama-thibodi psychiatry*, (4th ed.). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Rama-thibodi Hospital, Mahidol University. (In Thai)
- Lueboonthavatchai, O. (2015). Family Intervention: Roles of Psychiatric Nurses. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 29(1), 1-13. (In Thai)
- Mestdag, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87.
- Ministry of Public Health. (2017). *National Health Development Plan No. 12 2017-2021*. Retrieved August, 30, 2017 from http://wopsmoph.go.th/ops/oic/data/20161115144754__1_.pdf (In Thai)
- Mueser, K. T., & McGurk, S. (2004). *Schizophrenia*. The Lancet, 363, 2063-2072.
- National Health Security Office (NHSO). (2015). *A Handbook for the Implementation of Chronic Psychiatric Patients Care in Communities*. Retrieved September 5th, 2015, from <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/Index.aspx> (In Thai)
- Nation Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. Retrieved August 8th, 2015, from <http://guidance.nice.org.uk/CG178/NICEGuidance/Pdf/English>
- Norton, N., Williams, H.Y., and Owen, M.J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(2), 158-164.
- Öztürk, O. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I* (11.Baskı ed.). Tuna Matbaacılık: Ankara.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M. & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population health Metrics*, Aug 17, 8:24. Retrieved June, 10, 2017 from <http://www.pophealthmetrics.com/content>
- Pratchayakhup, P. (2005). *Social support of family in care for Schizophrenia patients*. 4th International Mental Health Conference. Mental and Disaster. July 6-8, 2005. Princess Palace Hotel, Bangkok. P. 169-170. (In Thai)
- Princess Royal Trust for Carers. (2002). *Carers Speak Out Project*. Royal Princes Trust for Carers, London.
- Project of Family Empowerment Program and Family Network to Promote Mental Health, Roi Et Hospital, Ministry of Public Health. (2009). *Schizophrenia Family and Community Leaders Guide*. Nonthaburi; Ministry of Public Health. (In Thai)
- Puengkatesoontorn, N., & Lueboonthavatchai, O. (2011). The effect of family interventions program on burden among family caregivers of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 25(2), 51-63. (In Thai)
- Rethink. (2006). *Rethink Response to Consultation on Draft Regulations for the Work and Families Bill*. Rethink, London.
- Roseliza-Murni, A., Oei, T. P. S., Fatimah, Y., & Asmawati, D. (2014). Schizophrenia



- relapse in Kuala Lumpur, Malaysia: Do relatives' express emotion and personality traits matter? *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 188-198.
- Ruengtrakul, S. (2014). *Textbook of Psychiatry*. (10th ed). Bangkok: Ruenkaew Karnpim. (In Thai)
- Sadock, J. B., & Sadock, V. A. (2007). *Concise textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, J. B., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. (11th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Simpson, M. J. & Moriarity, L. G. (2014). *Multimodal treatment of acute psychiatric illness: A guide for hospital diversion*. New York: Columbia University Press.
- Sin, J. (2013). The person with a diagnosis of psychosis or schizophrenia. In I. Morman & I. Ryrie (Eds.), *The art and science of mental health nursing: Principles and practice*. (1st ed). (pp. 521-539). Maidenhead: Open University Press.
- Small, N., Harrison, J., & Newell, R. (2010). Carer burden in schizophrenia: considerations for nursing practice. *Mental Health Practice*, 14(4), 22-25.
- Steel, C. & Wykes, T. (2013). The positive symptoms of schizophrenia. In G. L. Castonguay & F. T. Olmanns (Eds.), *Psychopathology: From Science to clinical practice* (pp. 344-369). New York: A Division of Guilford Publications, Inc.
- Stithyudhakarn, S. (2016). Relapse in Persons with Chronic Schizophrenia: Situation and Prevention. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(3), 1-15. (In Thai)
- Suan Prung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2009). *Schizophrenia Care Manual for Caregiver and Community leader*. Chiang Mai: Suan Prung Psychiatric Hospital. (In Thai)
- Suttajit, S., & Srisurapanont, M. (2009). Schizophrenia: Epidemiology and treatment. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 54 (Supplement 1): 21S- 7S. (In Thai)
- Torrey, F. E. (2013). *Surviving schizophrenia: A family manual*. (6th ed.). New York: Herper Collins.
- Thiensan, T., & Dangdomyouth, P. (2015). The Effect of Using Family Counseling and Psychoeducation Program on Medication Adherence Behaviors of Schizophrenia Patients in the Community. *Journal of The Police Nurse*, 7(1), 104-116. (In Thai)
- Thiensan, T. (2016). Structural Family Counseling Model of Family Relationship, Knowledge, Understanding and Medication Behavior among Schizophrenic Patients in Thailand. *Catalyst*, 13(2), 106-116.
- Thongsai, S. (2015). Caring for schizophrenic patients In the context of sustainable Thai society. *Journal of Nursing Division*, 42(3), 159-167. (In Thai)
- Udomratn, P., & Wasiknanon, S. (2009a). *Textbook of Schizophrenia*. Songkla: Chanmuangkampim.
- Udomratn, P. & Wasiganonont, S. (2009b). *Textbook of schizophrenia*. Songkhla Province, Thailand; Chanmuang Printing. (In Thai)



- Van Os, J., & Kapur, S. (2009). *Schizophrenia*. *Lancet* 374(9690):635–645. doi:10.1016/s0140-6736(09)60995-8 (England)
- Wang, X., Petrini, M., & Morisky, E.D. (2016). Comparison of the quality of life, perceived stigma and medication adherence of Chinese with Schizophrenia: A followup study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 41-46.
- Wongsin, N., Yunibhand, J., & Suktrakul, S. (2012). Discriminant analysis of relapse and nonrelapse in Thai muslim schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(3): 87-100. (In Thai)
- World Health Organization. (2016). *Schizophrenia*. Retrieved June 10, 2016 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
- Yilmaz, E., & Okanlı, A. (2015). The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. Official Journal of the International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ISPN), *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (5), 297-301.