



บทความวิชาการ

การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : บทบาทพยาบาลจิตเวชในชุมชน

อังศณา คล้ายสุข*

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่าการป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้มีการเจ็บป่วยทางจิตใจ ก็ขาดแรงจูงใจและขาดศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น การดูแลรักษาก็จะมีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นการป้องกันไม่ให้อาการเรื้อรังเกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การป้องกันในระยะที่ยังไม่มีการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต การป้องกันในระยะที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตแล้วแต่ยังไม่มีการแสดงที่ชัดเจน การป้องกันในระยะที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นแล้ว

คำสำคัญ: การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ บทบาทพยาบาลจิตเวชในชุมชน



Prevention of Mental Illness in Chronic Disease Patients: Role of Psychiatric Nurses in Community

Aungsana Khlaisuk*

Abstract

Several studies have shown that chronic disease lead to mental illness especially in patients with cardiovascular disease, stroke, diabetes and cancer. People with chronic disease suffering from mental illness may effect on motivation in self – care and lead to more severity of chronic disease that likely to difficult and complex to treatment. Therefore, the mental illness prevention are important and challenging to psychiatric nurse in community. The purpose of this article is present the role of community psychiatric nurse in preventing mental illness that consist of primary prevention, secondary prevention and tertiary prevention.

Keywords: Preventing mental illness/ Role of psychiatric nurse in community



บทนำ

การเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย เป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่ควรตระหนักถึง มีการศึกษา การทบทวนวรรณอย่างเป็นระบบพบว่า อัตราความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคกระดูกพรุนสูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยพบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดหัวใจ มีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15–50 และภาวะวิตกกังวลอย่างท่วมท้น (Panic disorder) ร้อยละ 10–50 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าร้อยละ 40 ในผู้ป่วยมะเร็งพบมีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50 และเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการทำนายโรคไม่ดี เช่น โรคมะเร็งตับอ่อน มะเร็งช่องปาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ โดยพบอัตราความชุกของโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder) ในผู้ป่วยมะเร็งพบสูงถึงร้อยละ 69 เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการดำเนินโรคไม่ดี สำหรับโรคกระดูกและข้อที่มีอาการปวดเรื้อรัง ดังเช่นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์และกระดูกพรุน พบมีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าค่อนข้างกว้างตั้งแต่ร้อยละ 13–80¹ ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43.30 โรคเบาหวานร้อยละ 39.60² โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยุทธศาสตร์ 14.5³ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายร้อยละ 17.6⁴ และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 10.8⁵ แต่ยังไม่พบการศึกษาการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคข้ออักเสบและโรคกระดูกพรุน อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ ที่นอกเหนือจากภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยังไม่มีเครื่องมือในการประเมินการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล หรือผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยทางจิตจากแพทย์ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเจ็บป่วยทางจิตและการเจ็บป่วยทางจิตที่พบ

ได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Depression) โรควิตกกังวลแบบทั่วไป (Generalized anxiety disorder) โรควิตกกังวลแบบท่วมท้น (Panic anxiety disorder)

การเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและการรักษา ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดการรับประทานยา ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มอัตราการตายและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง⁶ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นบทบาทหลักของพยาบาลชุมชนและถึงแม้ว่าพยาบาลชุมชนจะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ แต่ก็อาจมีข้อจำกัดในการดูแลปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต ดังการศึกษามุมมองของพยาบาลชุมชนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรคในชุมชนที่พบว่า พยาบาลชุมชนเห็นว่าการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยเป็นงานที่สำคัญ แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดของเวลาทำให้ต้องมุ่งเน้นที่การดูแลปัญหาสุขภาพทางร่างกาย อีกทั้งในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตพยาบาลชุมชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์และการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ทำให้พยาบาลชุมชนยังไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตและการดูแลปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้⁷ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นพยาบาลจิตเวชในชุมชนจึงควรเข้ามามีบทบาทสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน โดยการประยุกต์ใช้ความรู้ในการประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจ



สภาพจิต การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆ มีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอนและการฝึกพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการเผชิญความเครียด ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลจิตเวชในชุมชนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตโดยใช้หลักการป้องกันสามระดับตามแนวคิดการพยาบาลจิตเวชชุมชน^{8,9}

บทบาทพยาบาลจิตเวชในชุมชน: การป้องกัน การเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อนในชุมชน โดยใช้ความรู้และทักษะทางจิตเวชศาสตร์และทฤษฎีการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคในบทความนี้มุ่งเน้นบทบาทในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยทางจิต โดยประยุกต์ใช้หลักการป้องกันโรคสามระดับตามแนวคิดการพยาบาลจิตเวชชุมชน⁸ และสมรรถนะพยาบาลจิตเวชที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล¹⁰

1. การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับแรก หรือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตและยังไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชน ควรใช้สมรรถนะในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 สมรรถนะในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทในการประเมินและค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต พยาบาลจิตเวชในชุมชนใช้ความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ โรคเรื้อรังที่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงสมอง ส่งผลต่อการทำหน้าที่สมอง

และการหลั่งสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (Serotonin) นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และโดปามีน (Dopamine) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความคิดอัตโนมัติด้านลบ การเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่คนเดียว ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี¹¹

1.2 สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทดังนี้

1.2.1 การสอนวิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ ทั้งการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและการจัดการกับอาการผิดปกติทางร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ พยาบาลจิตเวชในชุมชน จึงควรสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เทคนิคการจัดการกับความเครียดที่สามารถนำมาใช้ได้ ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation Technique) เช่น การฝึกผ่อนคลายความเครียดกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive muscular relaxation training) ซึ่งจะช่วยลดอาการนอนไม่หลับ ลดความฝัน ลดกระบวนการคิดและอารมณ์ได้ 8 รูปแบบการสอนอาจทำเป็นรายกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Self – help group) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการจัดการกับความเครียดจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ อีกด้วย

1.2.2 เสริมสร้างพลังอำนาจในการเผชิญกับความเครียด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความคิดด้านลบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากความคิดลบจะทำให้มีอารมณ์ต่างๆ บิดเบือนไปจากความจริง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้การเผชิญกับความเครียดโดยใช้เทคนิคการคิดเชิงบวก ควรนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การคิด



เชิงบวกนี้เป็นการฝึกมองและรับรู้สิ่งต่างๆ ไปในทางที่ดี มองสภาพตามความเป็นจริง เป็นเหตุเป็นผล ด้วยอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ทำให้มีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสมและตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²

1.3 สมรรถนะในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เมื่อพยาบาลประเมินและค้นหาปัจจัยเสี่ยงแล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต ควรดำเนินการวางแผนทางจัดระบบในการดูแลที่มีคุณภาพ การจัดระบบการดูแลอาจทำในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากจะทำให้สามารถประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลได้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยหรือแม้แต่การเยี่ยมบ้านที่ศาลากลางบ้านหรือบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของชุมชนก็ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เข้าสู่สังคมมากขึ้นทั้งยังได้รับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในชุมชนอีกด้วย¹³

2. การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับที่สองหรือการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการเจ็บป่วยทางจิตในระยะเริ่มแรกโดยการค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันระยะนี้ช่วยลดอัตราความชุกของการเจ็บป่วยทางจิตได้^{8,9} พยาบาลจิตเวชในชุมชนควรใช้สมรรถนะในสมรรถนะในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทดังนี้

2.1 คัดกรองและค้นหาการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยแบบคัดกรอง เช่น แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม ซึ่งแบบประเมินโรคซึมเศร้านี้ได้มีการทดสอบแล้วว่ามีความไวและความจำเพาะสูง มีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าซึ่งเหมาะกับการนำไปใช้ในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ นอกจากนี้ยังมีแบบสอบถาม

ปลายปิดที่สามารถใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอีก เช่น แบบประเมินความเครียด (ST- 5) ข้อดีของการใช้แบบสอบถามปลายปิดคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตคือสามารถคัดกรองได้อย่างรวดเร็วในกลุ่มประชากรจำนวนมาก ซึ่งทำให้พยาบาลสามารถทำงานได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว¹⁴

2.2 ให้การบำบัดทางจิตในรูปแบบต่างๆ ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ควรดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยพยาบาลใช้สมรรถนะในการประสานงาน (Collaboration) และประยุกต์ใช้กลวิธีการบำบัดทางจิตหลายๆ อย่างร่วมกัน ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรัง พบว่าการดำเนินงานโดยสหสาขาวิชาชีพผ่านกิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม (Participatory group learning) การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (Group counselling) การฝึกทักษะการผ่อนคลาย (Relaxation skill training) และการกำกับติดตาม (Monitoring) โดยแพทย์ พยาบาล ผู้จัดการรายกรณีและนักกายภาพบำบัดร่วมกันวางแผนและดำเนินกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้นและภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังลดลง¹⁵

3. การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับที่สามหรือการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยหายจากโรคและรักษาอย่างต่อเนื่องไม่กลับเป็นโรคซ้ำ ลดผลกระทบและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือเจ็บป่วยทางจิตแล้ว ต้องได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติไม่ให้มีอาการกำเริบหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย พยาบาลจิตเวชในชุมชนควรใช้สมรรถนะในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 สมรรถนะในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่



ซับซ้อน (Direct care) โดยพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทดังนี้

3.1.1 การสอนและให้คำแนะนำในการรับประทานยาและการจัดการกับผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช ยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตเวชบางกลุ่มส่งผลข้างเคียงทางด้านร่างกายกับผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา พยาบาลควรให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการจัดการกับผลข้างเคียง เช่น อาการปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก แนะนำให้จิบน้ำบ่อยๆ หลีกเลี่ยงน้ำหวานเพราะจะทำให้ น้ำหนักเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเพื่อป้องกันภาวะท้องผูก หากมีง่วงนอน อ่อนเพลีย ให้หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องขับรถหรือใช้เครื่องจักร ปกติแพทย์จะให้ยานี้ในตอนเย็นหรือก่อนนอน แต่หากอาการเป็นมากให้มาพบแพทย์ อยากรักษาอาการมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น หากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจะทำให้จัดการกับผลข้างเคียงของยาได้และมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องซึ่งจะลดโอกาสเกิดอาการที่รุนแรงมากขึ้น¹⁶

3.1.2 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยทางจิตโดยใช้หลักการบำบัดทางจิตเวช คือการให้คำปรึกษาด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองให้เป็นทางบวกเพื่อนำไปสู่การปรับตัวใหม่ที่เหมาะสม การปรับความคิดและพฤติกรรมนี้สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้าหรือในผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับ ได้มีการศึกษาวิจัยผลของการให้คำปรึกษาด้านแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าภายหลังการให้คำปรึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ อีกหนึ่งกิจกรรมที่เป็นบทบาทของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชคือการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (supportive group psychotherapy) เป็นกลุ่มบำบัด

เพื่อการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปัญหาของตนเอง ส่งเสริมความเข้มแข็งของและความรู้สึกคุณค่าในตนเอง ค้นพบแนวทางการแก้ปัญหาเหมาะสม การทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะ 1 สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจและคุ้นเคยกันภายในกลุ่มและให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาและค้นหาปัญหาของตน พยาบาลทำหน้าที่ให้การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจซึ่งกันและกัน ระยะ 2 สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นโดยพยาบาลทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่คล้ายคลึงกันของสมาชิกกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของตนเองและสมาชิกกลุ่ม ทำให้มองเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ระยะ 3 ระยะยุติสมาชิกกลุ่มบอกถึงความประทับใจที่มีต่อกันและประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำกลุ่ม นัดหมายการทำกลุ่มครั้งต่อไปซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความผูกพันกันและเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีแหล่งช่วยเหลือทางจิตใจและมองตนเองในทางบวกทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁷

3.2 สมรรถนะในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยการจัดระบบการเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและญาติ ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมเพื่อให้การช่วยเหลือและส่งต่ออย่างเหมาะสม โดยในการเยี่ยมบ้านนี้ควรติดตามเกี่ยวกับอาการทางจิตเวช การรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสื่อสาร ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ในการติดตามการเยี่ยมบ้าน ควรร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

บทสรุป

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการดำเนินงานของพยาบาลจิตเวชในชุมชนที่ต้องใช้สมรรถนะด้านการพยาบาลจิตเวชร่วมกับ



แนวคิดการป้องกันโรคสามระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ทดี่ยุติและตติยภูมิ โดยสมรรถนะทางการพยาบาลจิตเวชที่นำมาใช้คือ สมรรถนะในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย สมรรถนะในการดูแลกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) สมรรถนะในการประสานงาน (Collaboration) สมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) ในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในผู้ป่วย

โรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่อยู่ในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งรูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ก็เป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องร่วมกันค้นหารูปแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

References

1. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. Medical Journal of Australia 2009; 190(7Suppl): S54-60.
2. Jarassang N, Mongkonthaworncha, S, Buntakheaw P, Hanlakhon P, Bunjun S, Arunponpaisal S. Depression in chronic illness at the OPD section in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Journal of the Psychiatry Association of Thailand 2012; 57(4): 439-46. (In Thai)
3. Chanthanathas A, Wannasewok K, Bussaratid S, Krittayaphong R. Prevalance and Associated Factors of Depression Disorder in Patient with Acute Coronary Syndrome. Journal of the Psychiatry Association of Thailand 2013; 58(4): 17-28. (In Thai)
4. Plookrak S. The Prevalance and Associated Factors of Depression in ESRD on Hemodialysis in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand 2018; 8(1): 72-80. (In Thai)
5. Aniwattanapong D. Post stroke depression. Journal of the Psychiatry Association of Thailand 2018; 63(4): 383-418. (In Thai)
6. Harter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, Wittchen, H. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. Psychotherapy and psychosomatics 2007; 76(6): 354-60.
7. Grundberg A, Hansson A, Hilleras P, Religa D. District nurses' perspectives on detecting mental health problems and promoting mental health among community-dwelling seniors with multimorbidity. Journal of clinical nursing 2016; 25(17-18): 2590-9. Doi: 10.1111/jocn.13302.
8. Chaiwannawat T. Roles of psychiatric nursing for mental health promotion and mental illness prevention. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2017;31(2):16-30. (In Thai)
9. Evans K, Nizette D, O'Brien A. Psychiatric and mental health nursing. 4th ed.



- Chatswood, NSW: Elsevier; 2017.
10. Thailand nursing and midwifery council. Advance practice nurse core competencies. Thailand: Thailand nursing and midwifery council [Internet]. 2009 [cited 2019 Jul 22]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf>. (In Thai)
 11. Namwong A, Khampeera A, Chaijundee W, Laongon K. Selected factors related to depressive symptoms among community-dwelling older people with chronic illness. *Journal of Nursing, Public Health, and Education* 2015;19: 94-105. (In Thai)
 12. Supannopaph P. Positive thinking: life Development [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 22]. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/158967>.
 13. Sriinchan P, Soontaraviratana B. The mental health of chronically ill elderly: the civil societal perspective. *Journal of science and technology Mahasarakham University* 2017; 36(2): 203-10. (In Thai)
 14. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018; 63(4): 321-34. (In Thai)
 15. Sukaram S, Nimit-arnun N, Roojanavech S. The effects of multidisciplinary collaborative care program on depressive prevention amongst diabetic mellitus type 2 patients at a secondary level hospital in Phetchaburi province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018; 19(1): 251-61. (In Thai)
 16. National Health Security Office. Handbook of chronic mental health care in community [internet]. Thailand: National Health Security Office; 2016 [cited 2019 Jul 22]. Available from <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download>.
 17. Sinhachotsukapat L, Nuchsil R, Apitikulwong S, Suntudngan S, Pinyo C, Somjarit, M. Effective of using supportive group therapy on depression of elderly patients in Khao Yai hospital, Phetchaburi province. *Academic journal of Phetchaburi Rajabhat University* 2019; 9(3): 38-46. (In Thai)