ปีที่ 9 ฉบับ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2569)
หน้า 176-190

บทความวิชาการ (Academic article)

บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน
Nurses' Roles in Promoting Personal Recovery among People with Chronic Schizophrenia in the Community

ฐิติชญาน์ ปิยภัทรธนัสไชย[1], ชนิดา เชือกทอง[2], สุนิษา เชือกทอง[2]*
Thitchaya Piyaphattanuschai[1], Chanida Chuektong[2], Sunisa Chuaktong[2]*
*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: Sunisa.c@rsu.ac.th)
(Received: March 14, 2026; Revised: April 28, 2026; Accepted: April 29, 2026)

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและมีความรุนแรง การรักษาในปัจจุบันจะเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากที่ไม่สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมหรือการทำงานได้ ส่งผลให้การฟื้นคืนสู่สุขภาวะเป็นไปได้ยาก

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน โดยอาศัยแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตของตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การส่งเสริมจัดการตนเองของผู้ป่วย และการสร้างความหวัง ผ่านการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การจัดการรายกรณี และการประสานความร่วมมือกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน โดยเน้นที่การพัฒนาศักยภาพบุคคลให้มีกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความหมายและยั่งยืน

การฟื้นคืนสู่สุขภาวะจะเป็นการมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลไม่ใช่เพียงแค่อาการของผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นการมองหาแง่ดีและความมุ่งมั่นของผู้ป่วย โดยให้ครอบครัว บุคลากรทางด้านสุขภาพ ระบบบริการและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเดินหน้าและกำหนดเป้าหมายชีวิตใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ, ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง, ชุมชน

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rangsit University
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
Instructor, Faculty of Nursing, Rangsit University

Abstract

Schizophrenia is a chronic and severe mental disorder that often impairs social and occupational functioning. Although current treatment emphasizes early discharge and community reintegration, many individuals struggle to adapt, limiting their recovery.

This article aims to analyze nurses' roles in promoting recovery among individuals with chronic schizophrenia in community settings, based on a recovery-oriented, person-centered, and empowerment approach. Nurses play a key role in enhancing patients' self-care capacity through both clinical and psychosocial interventions, including promoting activities of daily living, supporting treatment adherence, strengthening self-management skills, providing social support, and fostering hope. They also engage in proactive community-based practices, such as home visits, case management, and collaboration with families and community networks, to support meaningful and sustainable recovery in the community.

Effective recovery requires collaboration among families, healthcare providers, service systems, and communities to help individuals set and achieve meaningful life goals.

Keywords: Nurse's role, Recovery, Chronic Schizophrenia, Community

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อย (Tungpunkom, 2017) ทั้งนี้พบอัตราการความชุก 4.6 ต่อ 1,000 ประชากร ความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ 1 (Keshavan et al., 2020) และจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตรักษาในโรงพยาบาล ภาพรวมประเทศ ปี 2567 พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวน 465,586 ราย ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองในหลายด้าน องค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคนี้ทำลายสมดุลการทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมถดถอยลง ความยากลำบากในการฟื้นฟูสู่สุขภาวะปกติจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น (Department of Mental Health, 2024)

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในอดีตเน้นการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก แต่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดโดยมุ่งลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและส่งเสริมการฟื้นฟูในชุมชน ผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสมัยใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จะเห็นได้จากมีการปรับเปลี่ยนนโยบายในการรับผู้ป่วย คือ ให้โรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 20 แห่ง (Ipci et al., 2020) ซึ่งกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย เร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้วพบว่า ผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถ

ปรับตัวให้อยู่ในชุมชนได้ดีเท่าที่ควร ส่งผลให้มีอาการกำเริบอีกและจำเป็นต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ การที่ผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำหลายครั้งนั้นจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาและการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Taylor & Jauhar, 2019) จากประเด็นดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบำบัดรักษา โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้มากขึ้น และลดระยะการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง (Phongsatornsakun & Danddomyouth, 2020) การที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงแค่อาการทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์กับสังคมหรือบุคคลอื่น (Tan et al., 2020) ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย มีการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อค้นหาอุปสรรคและสิ่งที่เอื้อให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ได้ในชุมชน พบประเด็นหลักที่สำคัญคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนช่วยเหลือ การจัดการผลข้างเคียงจากยา และการจัดการตัวเอง (Rujkorakarn et al., 2018a)

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery model) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในงานพยาบาลจิตเวช โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมาย แม้ยังคงมีอาการของโรคอยู่ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีความหวัง และการกำหนดเป้าหมายชีวิตด้วยตนเอง ทั้งนี้การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในบริบทของชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และเครือข่ายในชุมชน หากผู้ป่วยจิตเภทบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ย่อมส่งผลต่อการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Phongsatornsakun & Danddomyouth, 2020) แต่ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการแบ่งเบาภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างเหมาะสม ก็จะช่วยส่งเสริมการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนและการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Rujkorakarn et al., 2018b) ครอบครัวและชุมชน จึงมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารักษาซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมักมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งด้านสังคมและการทำงาน การดำเนินโรคซับซ้อน โดยผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังเมื่อมีระยะการดำเนินโรคตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป หรือมีประวัติการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานถึง 6 เดือนต่อครั้งในช่วง 5 ปี หรือต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ในระยะเวลา 1 ปี นอกจากนี้ยังพิจารณาจากการมีข้อจำกัดหรือความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ด้านจากทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การเรียนรู้และความคิดสร้างสรรค์ ความสามารถในการคิดและตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเหมาะสม การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์และการเข้าสังคม รวมถึงความสามารถในการประกอบอาชีพ

และมีรายได้เลี้ยงตนเอง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับครอบครัวและสังคม โดยจำแนกผลกระทบออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ผลกระทบต่อตนเอง จากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง และนำไปสู่การเกิดอาการทางจิต เช่น แยกตัว หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ความผิดปกติด้านความคิด เป็นต้น ซึ่งอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยคิดลบต่อตนเองมองเห็นคุณค่าตนเองลดลง โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู ทำให้การยอมรับและมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รวมทั้งความรู้สึกถูกตีตราเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความอับอาย ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ทำลายประสิทธิภาพและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย (Lotrakul & Sukanich, 2015) นอกจากนี้การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเวลานานและไม่ได้รับการแก้ไขในระยะเสื่อมสภาพและระยะไร้ความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดหรือไม่สามารถปฏิบัติบทบาทตามปกติได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับครอบครัวสังคม และชุมชนได้ โดยการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันหลายด้าน ดังนี้ (Kumar & Mohanty, 2016)

1.1.1 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living) ลดลง เช่น การดูแลภายในบ้าน การซื้อของใช้ในชีวิตประจำวัน การเตรียมอาหาร การจัดการเรื่องเงิน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

1.1.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) ผู้ป่วยมักไร้อารมณ์แยกตนเองจากสังคมและสิ่งแวดล้อม

1.1.3 ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต อาจเนื่องมาจากทัศนคติในเชิงลบที่มีต่อผู้ป่วยทำให้ถูกปฏิเสธจากสังคม

1.1.4 ด้านการประกอบอาชีพ หรือการเข้าสังคมได้ ผู้ป่วยมักจะไม่มีงานทำและถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยตำหนิตนเองและคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุจากการเสื่อมสมรรถภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดไม่สามารถบรรลุบทบาทที่หน้าได้

1.1.5 ด้านแรงจูงใจ (motivation) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่ขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขาดความมั่นใจ เกิดความกลัวต่อความล้มเหลว ทำให้ไม่กล้าที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ การไม่มีแรงจูงใจอาจทำให้แยกตนเอง และปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมน้อยได้

1.1.6 ด้านความเข้มแข็งของผู้ป่วย (strengths) ระยะเวลาการดำเนินโรคส่งผลต่อความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการถูกตีตราจากสังคมยังส่งผลให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ซึ่งนำไปสู่ความเข้มแข็งภายในตนเองลดลง

1.1.7 ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (adherence to treatment) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา อาจเนื่องจากการปฏิเสธการเจ็บป่วย ปัญหาในการเดินทางมารับยา ไม่มีคนช่วยเหลือในการรับประทานยา หรือความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยา ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ความสามารถดูแลตนเองลดลง

1.2 ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว นอกจากนี้ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยยังมีความเครียดสูง โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นกลุ่มที่เผชิญกับภาวะเครียดอย่างเรื้อรังและต่อเนื่องจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทางจิตมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดอิสรภาพ เนื่องจากความผูกพันห่วงใยสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิตทั้งในด้านความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วย ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและการถูกคุกคามทางอารมณ์

1.3 ผลกระทบต่อสังคม เมื่อเศรษฐกิจของครอบครัวถูกกระทบอันเนื่องมาจากรายได้ลดลงย่อมทำให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่รัฐรับภาระในการดูแล ซึ่งโรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมากและเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเองที่ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดแรงจูงใจในการที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ขาดความเข้มแข็งในตนเองของผู้ป่วย ส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษารวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีที่สิ้นสุด และผลกระทบต่อสังคมที่ทำให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

2. หลักการในการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (Recovery model) ในการดูแลผู้ป่วยจิต เป็นการมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมาย สามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในแผนการรักษา ซึ่งช่วยลดความรู้สึกไร้อำนาจและเพิ่มแรงจูงใจในการฟื้นฟูตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการ ปฏิบัติตามแผนการรักษาและดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้รับการดูแล” ไปสู่ “ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง” โดยพยาบาลต้องคำนึงถึงจุดเน้นสำคัญในการดูแล (Farkas et al., 2005; World Health Organization, 2021) ดังนี้

2.1 ความเป็นบุคคล (person orientation) เป็นการดูแลที่ผู้ให้บริการยอมรับในฐานะ “บุคคล” สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลในด้านที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่แค่การเจ็บป่วยและการดูแลรักษาเท่านั้น การดูแลจะต้องสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่ใช่ความต้องการที่เกิดจากการประเมินของบุคลากรวิชาชีพเพียงอย่างเดียว

2.2 การมีส่วนร่วมของบุคคล (person involvement) เป็นการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ไม่ใช่คนป่วยที่ต้องพึ่งพาและเชื่อฟังบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น ผู้ให้การดูแลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี และมีการสื่อสารระหว่างกันอย่างตรงไปตรงมา รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตัดสินใจ ในกระบวนการการดูแลรักษาตนเองด้วย

2.3 การตัดสินใจด้วยตัวเอง (self-determination) เป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในประสบการณ์การเจ็บป่วย และการดำเนินชีวิตของตนเองมากที่สุด การดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจ เลือกแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง แม้ว่าการตัดสินใจในบางครั้งจะก่อให้เกิดผลเสียบ้าง แต่ผู้ให้บริการก็ให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในภายหลัง เพราะไม่ว่าผลการทดลองปฏิบัติจะดีต่อสุขภาพของตนเองหรือไม่ก็ตาม ย่อมเกิดการเรียนรู้เกิดขึ้นเสมอ

2.4 ศักยภาพของบุคคล (growth potential) เป็นการดูแลที่ไม่เน้นการควบคุมเพียงแค่อาการของการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะเน้นการพัฒนาศักยภาพในด้านอื่นของบุคคล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดี ความเชื่อของผู้ให้บริการตามแนวคิดนี้ เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะดูแลตนเองเพื่อต่อสู้กับการเจ็บป่วย พยาบาลจึงมีหน้าที่ในการค้นหาข้อดีและจุดอ่อนที่ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยส่งเสริมให้ใช้ข้อดีที่มีอยู่ต่อสู้กับการเจ็บป่วยของตนเองต่อไป

3. บทบาทพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการฟื้นคืนสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

การพยาบาลตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยพยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการปฏิบัติงานในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินบริบทการดำรงชีวิต สภาพแวดล้อม และระบบสนับสนุนของครอบครัว การจัดการรายกรณี เพื่อวางแผนการดูแลแบบองค์รวมและติดตามต่อเนื่อง ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อเสริมสร้างระบบสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย การดำเนินงานดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ช่วยให้สามารถเฝ้าระวังอาการกำเริบ ส่งเสริมความต่อเนื่องในการใช้ยา และสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยในบริบทชีวิตจริง อันจะนำไปสู่การลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและส่งเสริมกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะอย่างยั่งยืน ดังนี้

3.1 การส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การส่งเสริมทักษะด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองที่จำเป็นมี 6 ทักษะ ดังนี้

3.1.1 ทักษะการดูแลตนเอง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย การรับประทานยาด้วยตนเอง การขับถ่ายอย่างถูกสุขลักษณะ การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เข้านอนเป็นเวลาทุกวัน เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก มีปัญหาการทำความสะอาด โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 97 มีความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง ด้านการทำความสะอาดร่างกาย (Wijitpanya et al., 2018) ซึ่งผู้ป่วยมักจะไม่เห็นความแตกต่างของการทำความสะอาดกับการไม่ทำความสะอาด ส่งผลให้มีกลิ่นตัว แต่งตัวแปลก ๆ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ เป็นต้น

3.1.2 ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ฝึกให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน การจัดเก็บของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ทำความสะอาดบ้าน การประกอบอาหาร เป็นต้น

3.1.3 ทักษะทางสังคม ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักมารยาทการเข้าสังคม และการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม รู้จักใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทางที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้

อย่างเหมาะสม รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ และให้ความช่วยเหลือผู้อื่นตามความสามารถของตนเองได้ เป็นต้น

3.1.4 ทักษะการทำงาน ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำงานหรือทำงานที่ได้รับมอบหมาย มีความอดทนในการทำงานและสามารถให้ความร่วมมือในการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพของงานได้ เป็นต้น

3.1.5 ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการออกกำลังกาย เช่น เล่นกีฬา การเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์ การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยผ่อนคลาย เป็นต้น

3.1.6 ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้สาธารณูปโภคในชุมชน เช่น แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชน การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น การร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีความสามารถในการเดินทางหรือการใช้รถสาธารณะ เป็นต้น ซึ่งการดูแลตนเองและช่วยทำงานบ้านสะท้อนให้เห็นว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การแบ่งเบาภาระของครอบครัว ถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท (Rujkorakarn et al., 2018b; Yu et al., 2020)

3.2 การสนับสนุนทางสังคม ในการที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ การสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นองค์ประกอบหลักในการฟื้นตัวแบบองค์รวมในโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 2 ใน 3 ไม่สามารถปฏิบัติตามพื้นฐานของการทำงานทางสังคมได้ และน้อยกว่า 1 ใน 3 ยังคงมีการรักษาตามปกติ (Correll et al., 2019) การสนับสนุนทางสังคม คือ ความเป็นจริงและการรับรู้ว่าบุคคลนั้น ได้รับการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวที่ให้การสนับสนุน และได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอจากผู้อื่น รวมถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์พยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Harfush & Gemeay, 2017)

3.3 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ส่งผลให้ไม่ยอมรับการรักษา แต่เมื่อเวลาผ่านไปมักเกิดความคิดว่าไม่จำเป็นต้องรับประทานยา เพราะคิดว่าหายดีแล้วและอาการข้างเคียงจากยากระทบต่อการดำเนินชีวิต จึงตัดสินใจหยุดยาเอง ทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา (Seechiangsa et al., 2019) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาตามแผนการรักษา หรือร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นการดูแลที่สำคัญที่สุด เนื่องจากยาจะทำหน้าที่ช่วยในการควบคุมอาการทางจิตโดยการปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงและสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ อีกทั้ง ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนสู่สุขภาวะได้เร็วขึ้น (Wuthironarith, 2017)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 5 วิธี ดังนี้ 1) การประเมินความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการรับประทานยา 2) ปรับความเชื่อ ทัศนคติ มุมมองเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา เพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดยาเอง 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุปัจจัยการเกิดโรค อาการ การรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงจากยา และวิธีการสังเกตอาการ

กำเริบ 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดยาด้วยตนเอง และวิธีการป้องกันการลืมกินยา (Woottiluk, 2019) และ 5) การสอนทักษะการควบคุมตนเองให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุดยาเอง

3.4 การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการความเจ็บป่วย การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งติดตามและความคุมการเจ็บป่วย (Wijitpanya, 2018) การจัดการตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้บุคคลฟื้นคืนสู่สุขภาวะโดยให้ทักษะและความมั่นใจ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องดำเนินการอย่างจริงจังในการรับรู้และจัดการปัญหาสุขภาพของตน (Lean et al., 2019) ซึ่งการจัดการตนเอง โดยการมีสุขภาพที่ดี ร่างกายแข็งแรง มีแรงในการทำงาน และไม่มีอาการทางจิตกำเริบนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เช่นเดียวกัน (Rujkorakarn et al., 2018b) ในส่วนของการจัดการเกี่ยวกับอาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการประสาทหลอน แม้จะอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือในชุมชน การฟื้นคืนสู่สุขภาวะจำเป็นต้องมีการควบคุมอาการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการดูแลตัวเอง และการทำหน้าที่ในสังคม ผู้ป่วยจะพยายามควบคุมหรือจัดการกับอาการทางจิต เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ หรือเมื่อมีความเครียดก็สามารหาวิธีจัดการกับความเครียดของตนเองได้ (Rujkorakarn et al., 2018a)

3.5 การสร้างความหวัง เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออนาคต โดยเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ตนคาดหวังและปรารถนาจะประสบความสำเร็จตาม ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผลการเจ็บป่วยไปในทางที่สร้างสรรค์ รวมถึงการวางเป้าหมายชีวิตที่จะดำเนินต่อไป โดยความหวังเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การมีความหวังในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูงผู้ป่วยจิตเภทมีความหวังว่าทุกอย่างในชีวิตจะมีทิศทางไปในทางที่ดีและหวังว่าจะมีชีวิตที่ปกติอยู่บ้านกับครอบครัวได้และไม่ต้องมารักษาตัวที่โรงพยาบาล ความหวังนับว่าเป็นรากฐานของกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของความเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากการฟื้นคืนสู่สุขภาวะขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่า ผู้ป่วยปรารถนาที่จะดีขึ้น (Acharya & Agius, 2017)

4. กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

เพื่อเป็นการยืนยันว่าการปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลสามารถส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนได้ ผู้เขียนซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนในฐานะการพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงได้วิเคราะห์การปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลในส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน โดยใช้ผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาเพื่อศึกษาบทบาทที่ได้ปฏิบัติและผลสำเร็จที่ได้รับ ดังกรณีศึกษาเป็นเพศชาย อายุ 38 ปี วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) ประกอบอาชีพเป็นมอเตอร์ไซค์รับจ้าง อาศัยอยู่กับมารดาและภรรยา มีลูกชาย 1 คน ผู้ป่วยเป็นคนหารายได้หลักให้กับครอบครัว ภรรยาเลี้ยงลูกอยู่ที่บ้าน มีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ดื่มเหล้าสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจาก คิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว อีกทั้งยาทำให้ง่วงและไม่สามารถออกไปขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้างได้จึงไม่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง

4.1 ประวัติการเจ็บป่วย: ป่วยด้วยโรคจิตเภทมานาน 13 ปี โดยเริ่มจากมีอาการหูแว่ว ได้ยินเพื่อนบ้านพูดคุยว่าจะมาทำร้าย หวาดระแวงมารดา หงุดหงิดง่าย มักทำลายข้าวของเมื่อไม่พอใจ ปัจจุบันญาติพาไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยให้เหตุผลว่า อาการของตนเองดีขึ้นแล้ว หลังจากรับประทานยาทำให้ง่วงซึม บางวันง่วงมากจนไปขับมอเตอร์ไซค์รับจ้างไม่ไหว มารดามักตำหนิว่าขี้เกียจ ไม่ช่วยงานบ้าน ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 5 – 6 มวน ดื่มสุรา สัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง ช่วงเย็นคนเดียว กลไกทางจิตที่ใช้เป็นประจำคือ 1) การแทนที่ (displacement) เมื่อไม่พอใจมารดา ก็จะทำลายข้าวของ 2) การเก็บกด (suppression) เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ผู้ป่วยเลือกที่จะแยกตัวและเก็บไว้คนเดียว ไม่เอาไปปรึกษาหรือพูดคุยกับใคร 3) โทษผู้อื่น (projection) ผู้ป่วยมักโทษภรรยาว่าไม่ยอมทำงาน ทำให้ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวคนเดียว จนเครียดจึงทำให้ต้องไปดื่มสุราคนเดียวอยู่บ่อยครั้ง 4) พฤติกรรมถดถอย (regression) คือ จากที่ดูแลตัวเองได้ดี รับผิดชอบตัวเองได้ ก็เปลี่ยนเป็นไม่สนใจกิจวัตรประจำวันที่เคยปฏิบัติ

4.2 สรุปผลการตรวจสภาพจิต (mental status examination): จากการตรวจสภาพจิตพบว่า มีความผิดปกติด้านการรับรู้ทางการได้ยิน (auditory hallucination) ได้ยินเสียงเพื่อนบ้านนินทาใส่ร้ายว่าเป็นขโมย และมีความผิดปกติด้านความคิด โดยคิดว่าเพื่อนบ้านจะทำร้ายโดยการทำของใส่ (persecutory delusion) ผู้ป่วยรับรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคทางจิตเวช ปรับลดยาเอง ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาโดยให้เหตุผลว่า อาการหายดีแล้ว ยาทำให้ปากแห้ง คอแห้ง และทำให้ง่วงนอน บางครั้งง่วงมากจนไปทำงานไม่ไหว (partial insight) ผู้ป่วยไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ เพราะรู้สึกชีวิตมีแต่ปัญหาและหาทางออกไม่ได้

4.3 สรุปอาการปัจจุบันของผู้ป่วยและการรักษา: ผู้ป่วยชายรูปร่างผอม สวมเสื้อผ้าสะอาด มีกลิ่นตัว ผมมันไม่สะอาด รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ให้ความร่วมมือในการพูดคุยดี มีอาการหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย และมีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน คือ ได้ยินเสียงเพื่อนบ้านนินทาใส่ร้ายว่าเป็นขโมย ได้รับการรักษาเป็น Chlorpromazine และ Trihexyphenidyl

4.4 ปัญหาที่พบเมื่ออยู่บ้านและชุมชน 1) เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากมีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ 2) สัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากมีภาวะหวาดระแวง 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงยาทางจิตเวช 4) เสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาทางจิตเวช และ 5) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเนื่องจากเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ

5. การประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน

จากกรณีศึกษาข้างต้น สามารถประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน และประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติ ดังนี้

5.1 การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

5.1.1 ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยว่ามีการรับรู้อยู่ในระดับใด โดยการประเมินสภาพจิตในส่วนของการรับรู้ตนเอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองในระดับ Partial Insight คือ รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองเป็นบางส่วน ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคจิตเวช คิดว่าอาการดีขึ้นจึงไม่รับประทานยาต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ตนเองเป็น และยังขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งนับเป็นอุปสรรคในการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ พยาบาลได้ปฏิบัติตามบทบาทเพื่อฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ดังนี้

5.1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่ามีอะไรบ้าง และอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนอย่างไร พบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าตนเองหวาดระแวงเพื่อนบ้านคิดว่าเพื่อนบ้านจะทำของใส่ และระแวงมารดาคิดว่ามารดาจะแจ้งตำรวจจับ ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างตนเองและมารดาแย่ลง และสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านไม่ดี ซึ่งผู้ป่วยไม่อยากมีความรู้สึกแบบนี้

5.1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความผิดปกติของอาการทางจิตของตนเองที่เกิดขึ้น เช่น อาการประสาทหลอนทางการได้ยินและความคิดหลงผิด ซึ่งทำเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน โดยให้ผู้ป่วยทบทวนและวิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุใด กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้น สอนให้ผู้ป่วยสามารถรู้เท่าทันอาการผิดปกติ เพื่อสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยได้ทบทวนและวิเคราะห์ตนเองและพบว่า ตนเองมีปัญหาสัมพันธภาพกับมารดาและเพื่อนบ้านเป็นประจำ เพราะตนมีความคิดหวาดระแวง อาการที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น สามารถแก้ได้โดยการรับประทานยารักษาอาการทางจิตต่อเนื่อง ไม่หยุดหรือปรับลดยาเอง รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ยังมีทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่เหมาะสม แต่เมื่อผู้ป่วยได้ทบทวนผลกระทบที่เกิดจากการไม่รับประทานยาที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายามีประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรับประทานยาทุกวัน

5.2 การจัดการตนเอง

5.2.1 ส่งเสริมทักษะการควบคุมตนเองในการรับประทานยาให้ต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมีการเตือนตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาในทุกวัน และแนะนำให้ผู้ป่วยมีการเสริมแรงทางบวกให้กับตนเองหากสามารถทำตามแผนที่วางไว้ได้ แนะนำให้ผู้ป่วยทำตารางการรับประทานยาประจำวันและมีการปฏิบัติตามตารางที่กำหนด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้สามารถกำหนดพฤติกรรมตนเองตามเป้าหมายได้โดยมีแรงเสริมที่สำคัญคือ การไม่เกิดอาการทางจิตที่เป็นสาเหตุให้มีปัญหากับมารดาและภรรยา

5.2.2 ส่งเสริมทักษะการจัดการกับอาการหูแว่ว โดยพยาบาลประเมินอาการทางจิตที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยทั้งความถี่ และตัวกระตุ้น พร้อมใช้เทคนิคการการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยการให้ “ความจริง” (presenting reality) เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เสียงจริง และสอนวิธีการจัดการกับอาการหูแว่วที่เกิดขึ้น เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การมีสติรู้เท่าทันเสียงที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยรายนี้

ได้ยินเสียงคนมีคุยข้าง ๆ หู บางครั้งได้ยินเสียงเพื่อนข้างบ้านกำลังนินทา อาการนี้เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถแยกได้ว่าเสียงที่ได้ยินเป็นเพียงเสียงหูแว่ว ไม่ได้มีเสียงนั้นจริง ๆ และมุ่งมั่นที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หากเกิดอาการหูแว่วอีกผู้ป่วยเลือกวิธีการร้องเพลงออกมา และพูดคุยกับภรรยาในเรื่องอื่น ๆ เพื่อเป็นการจัดการอาการหูแว่ว หากทำทุกอย่างแล้วอาการไม่ดีขึ้นก็จะให้ครอบครัวพาไปพบแพทย์

5.3 ด้านการส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน

5.3.1 ทักษะการดูแลตนเอง เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายท้า การรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องทุกมื้อ การขับถ่ายเป็นเวลาและถูกสุขลักษณะ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม เข้านอนเป็นเวลาทุกวัน เป็นต้น พยาบาลประเมินสาเหตุของการไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยว่าเกิดจากอาการเรื้อรังของผู้ป่วยหรือจากฤทธิ์ของยาทางจิต และกระตุ้นหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นผลกระทบที่เกิดจากการไม่ดูแลสุขอนามัยของตน และให้ผู้ป่วยได้ทำตารางกิจวัตรของตนเองในแต่ล่ะวันร่วมกับครอบครัว รวมทั้งกำหนดเวลาสำหรับการพักผ่อนหรือใช้เวลาทำกิจกรรมกับครอบครัว พบว่าผู้ป่วยรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการไม่ดูแลตนเองจึงสนใจใน กิจวัตรของตนเองมากขึ้น มีการกำหนดเวลาทุกเย็นหลังกลับจากขับมอเตอร์ไซค์รับจ้างจะอาบน้ำทันที ช่วยภรรยาเลี้ยงลูก และทำอาหารกับครอบครัว

5.3.2 ส่งเสริมทักษะการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยรายนี้มีปัญหากับมารดาภรรยา และเพื่อนบ้าน จะเห็นได้จากการทะเลาะกันภายในครอบครัวเป็นประจำ และมีความคิดว่าเพื่อนบ้านจะทำร้ายด้วยการทำของใส่ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พยาบาลได้ส่งเสริมการด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ โดยการ ประเมินความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นว่ามีลักษณะอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคกับผู้อื่นในเรื่องใด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ปกติจะเก็บตัว ไม่ยุ่งกับใคร เพราะระแวงว่าเพื่อนบ้านพูดถึงตนเองในทางที่ไม่ดีและจะทำของใส่ ส่วนสัมพันธภาพกับมารดาและภรรยาไม่ดีส่งผลให้ทะเลาะกันบ่อย ๆ ในครอบครัว พยาบาลได้แนะนำการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา การเปิดใจ ความเป็นมิตร และสะท้อนในสิ่งดีของคนที่เราสนทนาด้วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องโดยชมเชยและให้กำลังใจ ผลลัพธ์ของผู้ป่วยรายนี้พบว่า สามารถสื่อสารกับพยาบาลได้ดีขึ้นจากครั้งแรก ผู้ป่วยมั่นใจที่จะคุยด้วยและมีการแลกเปลี่ยนเรื่องราวของตนเองมากขึ้นด้วยสีหน้าและแววตาที่เป็นมิตร

5.4 การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยเป็นคนหารายได้หลักให้กับครอบครัว มีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว จึงดื่มเหล้าสูบบุหรี่และมีความคิดฆ่าตัวตาย พยาบาลจึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและเล่าปัญหาทั้งหมด โดยพยาบาลให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกเครียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายภายในบ้านที่ไม่เพียงพอ รู้สึกว่างมากจนออกไปขับรถมอเตอไซค์รับจ้างไม่ไหว ทำให้ต้องสูบบุหรี่และดื่มสุราเพื่อคลายเครียด เพราะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและไม่มีคนที่คอยรับฟัง พยาบาล

กระตุ้นให้ครอบครัวได้สะท้อนความรู้สึก และได้แสดงออกถึงความเห็นใจ ความห่วงใยของครอบครัว และร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคจิตเภทและแหล่งขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความรู้สึกเครียด หรือเมื่อต้องการปรึกษา เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 โรงพยาบลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน เป็นต้น

พยาบาลประสานกับภาคีในชุมชนทั้ง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน หน่วยสนับสนุน ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีในชุมชน เพื่อร่วมกันหาแนวทางการช่วยเหลือทั้งด้านอาชีพ การหารายได้เสริม หรือการมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับชุมชน เพื่อกระตุ้นความรู้สึกการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อีกทั้งส่งเสริมให้เกิดระบบเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลจัดให้มี “กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” ที่พบปะกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยา การจัดการอาการ หรือวิธีรับมือกับความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง และเกิดความหวังในการฟื้นตัว นอกจากนี้ พยาบาลได้ร่วมกับผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนวางแผนการรับมือภาวะวิกฤติ โดยให้ครอบครัวมีบทบาทในการสังเกตสัญญาณเตือน เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด แยกตัว หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง กำหนดแนวทางการขอความช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพ ในการพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่วนชุมชนมีบทบาทในการเยี่ยมติดตาม และสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้หากเกิดภาวะวิกฤติรุนแรง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ควรไม่ปล่อยผู้ป่วยอยู่ลำพังและนำส่งโรงพยาบาลโดยทันที ซึ่งจากการดำเนินการพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีขึ้น เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายอีก

5.5 การสร้างความหวัง

พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้และยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง เพื่อจะได้มีชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยโดยการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นทั้งสาเหตุ อาการ การดูแลรักษา ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเวชแต่ไม่แน่ใจว่าเป็นโรคอะไร รักษาโดยการรับประทานยาต่อเนื่อง พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการรักษาของตนเองว่าอยากให้เกิดผลลัพธ์ในรูปแบบใด ข้อดีข้อเสียจากวิธีการที่เลือกคืออะไร รวมทั้งให้ผู้ป่วยกำหนดขั้นตอนวิธีการไปสู่เป้าหมายอย่างชัดเจน พยาบาลกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อไปสู่เป้าหมายของผู้ป่วย พูดคุย ให้กำลังใจกันภายในครอบครัว ผู้ป่วยรายนี้รับรู้ว่าตนเองเป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาจเกิดมาจากการเคยใช้สารเสพติดและมีความเครียดสะสมเป็นเวลานาน มีความจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและมีความตั้งใจที่จะไม่หยุดรับประทานยา หรือปรับลดยาเอง เพราะมีความหวังว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจะหายไปหรือสามารถความคุมอาการได้ และสามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยวางแผนที่จะรับงานเป็นไรเดอร์รับส่งอาหารเพิ่มเติมเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัวมากขึ้น ส่วนมารดาและภรรยาของผู้ป่วยจะช่วยผู้ป่วยในการหารายได้เพิ่มโดยการเปิดร้านขายอาหารตามสั่งในหมู่บ้าน ผู้ป่วยมีความหวังให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นเพราะอยากเห็นลูกสาวมีชีวิตที่ดีและเติบโตในครอบครัวที่ดี

จากการประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในผู้ป่วยรายนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคของตนเองดีขึ้น มีความสามารถในการจัดการอาการหูแว่ว มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างสม่ำเสมอ มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความเครียดดีขึ้น รมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในกรณีศึกษานี้ประสบความสำเร็จ โดยอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอของพยาบาล การให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรับรู้ปัญหาและให้การสนับสนุนทางอารมณ์ รวมทั้ง การมีเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง รวมถึงการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองและการมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนยังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีพลังในการฟื้นฟูตนเอง

สรุป

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน การใช้ยาตามแผนการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง การสร้างความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง จัดการอาการ และดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมายในสังคม ร่วมถึงส่งเสริมบทบาทของครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการดูแลในชีวิตประจำวัน การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การมีบทบาทในครอบครัว หรือการทำงานตามศักยภาพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการเสริมสร้างศักยภาพ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมในชุมชนผ่านการดำเนินงานเชิงรุก เพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สุขภาวะอย่างยั่งยืน ลดการกลับเป็นซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

Acharya, T., & Agius, M. (2017). The importance of hope against other factors in the recovery of mental illness. *Psychiatria Danubina*, *29*(Suppl 3), 619-622.

Correll, C. U., Stanford, A. D., Claxton, A., Du, Y., & Weiden, P. J. (2019). Social and functional outcomes with two doses of aripiprazole lauroxil vs placebo in patients with schizophrenia: A post-hoc analysis of a 12-week phase 3 efficacy study. *Psychiatry Research*, *274*, 176-181. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.021

Department of Mental Health. (2024). *Statistics of important psychiatric services*. Ministry of Public Health. https://catalog.dmh.go.th/dataset/service-important/resource/ab4d0f7c-e45d-4b7f-af59-811682ce4ab9 (in Thai)

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal, 41*(2), 141-158. https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6

Harfush, S. A. E.-M. A. E.-G., & Gemeay, E. M. (2017). Perceived social support and medication compliance among patients with psychiatric disorders. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing, 4*(3), 157-169.

İpçi, K., Yildiz, M., İncedere, A., Kiras, F., Esen, D., & Gürcan, M. B. (2020). Subjective recovery in patients with schizophrenia and related factors. *Community Mental Health Journal*, *56*(6), 1180-1187. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00616-5

Keshavan, M. S., Collin, G., Guimond, S., Kelly, S., Prasad, K. M., & Lizano, P. (2020). Neuroimaging in schizophrenia. *Neuroimaging Clinics of North America*, *30*, 73-83. https://doi.org/10.1016/j.nic.2019.09.007

Kumar, S., & Mohanty, S. (2016). Factors associated with self-esteem in patients with chronic schizophrenia. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 23, 56-60.

Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *214*(5), 260-268. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54

Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi essential psychiatry*. (4th ed.). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai)

Phongsatornsakun, D., & Dangdomyouth, P. (2020). The effect of recovery oriented program on quality of life of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *34*(2), 169-187. (in Thai)

Rujkorakarn, D., Buatee, S., Jundeekrayom, S., & Mills, A. C. (2018a). Living with schizophrenia in rural communities in North-East Thailand. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(5), 1481-1489. https://doi.org/10.1111/inm.12448

Rujkorakarn, D., Jundeekrayom, S., & Sriprasarn, C. (2018b). Factors influencing daily living of male schizophrenia in Northeastern Community. *Research and Development Health System Journal*, *11*(1), 268-276. (in Thai)

Seechiangsa, K., Kanjanasilp, J., & Suttiruksa, S. (2019). Development of the system for caring Schizophrenic patients in community by multidisciplinary team of health network of Amphoe Ban Thaen, Chaiyaphum Province. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, *11*(2), 457-462. (in Thai)

Tan, B. L., Zhen Lim, M. W., Xie, H., Li, Z., & Lee, J. (2020). Defining occupational competence and occupational identity in the context of recovery in schizophrenia. *The American Journal of Occupational Therapy*, *74*(4), 7404205120p1-7404205120p11. https://doi.org/10.5014/ajot.2020.034843

Taylor, M., & Jauhar, S. (2019). Are we getting any better at staying better? The long view on relapse and recovery in first episode nonaffective psychosis and schizophrenia. *Therapeutic advances in Psychopharmacology*, *9*, 2045125319870033. https://doi.org/10.1177/2045125319870033

Tungpunkom, P. (2017). *Nursing care for persons with schizophrenia*. Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Wijitpanya, A., Pholdechasawat, S., & Suntarowit, N. (2018). The illness self-management program for patients' self care ability: Research and development. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *32*(1), 86–101. (in Thai)

Woottiluk, P. (2019). *Nursing care for patients with schizophrenia: Roles and processes* (2nd ed.). Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707

Wuthironarith, W. (2017). Promoting medication adherence in persons with schizophrenia in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *31*(1), 1-12. (in Thai)

Yu, Y., Xiao, X., Yang, M., Ge, X. P., Li, T. X., Cao, G., & Liao, Y. J. (2020). Personal recovery and its determinants among people living with schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 602524. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.602524