

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท Nurses' Role in Preventing Mental Health Problems for Caregivers of Patients with Schizophrenia

นริสา วงศ์พนารักษ์, ปร.ด. (การพยาบาล) ¹

Narisa Wongpanarak, Ph.D. (Nursing) ¹

Received: May 28, 2023

Revised: June 20, 2023

Accepted: June 22, 2023

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริงและมีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและสุขภาพที่แย่ลง จากการที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัวและเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังต้องเผชิญกับความกลัว ความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลจากอาการทางจิตของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลมักเป็นปัญหาที่ถูกมองข้าม และหากปัญหานี้ไม่ได้รับการแก้ไขอาจเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการทำหน้าที่ตามปกติของผู้ดูแล ดังนั้น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลควรมีการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแล รวมทั้งให้ความรู้และทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ: บทบาทของพยาบาล ปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, E-mail: narisa.w@msu.ac.th

Abstract

Schizophrenia is a chronic disease in which the patient losses contact with reality and declines functions. The caregivers of patients with schizophrenia at home are prone to suffer from the physical, psycho-emotional, economic, and social effects leading to chronic stress and deteriorating their health. Since it takes a long time to care for patients with schizophrenia. These duties limit or take away their personal time or enough time to relax. Caregivers are confronted with fear, distressed, and anxiety related to the patient's symptoms. Thus, caregivers are at risk of mental health problems. The mental health of caregivers of patients with schizophrenia is a very important and overlooked problem. If problems are unsolved, they may be severe effects on daily life or normal work duties. Therefore, to prevent mental health problems for caregivers of patients with schizophrenia in the community, nurses should assess and screen for mental health problems for the caregivers as well as provide knowledge and important skills in caring for patients with schizophrenia.

Keywords: Nurses' role, Mental health problems, Caregivers of patients with schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) พบได้มากถึง 24 ล้านคน หรือ 1 ใน 300 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2022) ประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15.20 ต่อพันประชากร (ชนัญญา สองเมือง และอนัญญา สองเมือง, 2565) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นโรคทางจิตเวช ที่พบมากที่สุด โดยมีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 มากถึง 283,065 ราย 284,273 ราย และ 314,250 ราย ตามลำดับ (คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง และการดำเนินโรคจิตเภท

การพัฒนาทักษะและการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อย และ บทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การทบทวนความรู้เหล่านี้ จะช่วยให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมุ่งเน้น การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยพยาบาลควรมีการสร้าง สัมพันธภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ การคัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแล การสอนและให้ความรู้ การประคับประคองและให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแล เพื่อ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภท: เกณฑ์การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง และการดำเนินโรค

เกณฑ์การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท ใช้ระบบของ

DSM-5 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; American Psychiatric Association, 2013) ดังนี้

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ในช่วงเวลาต่อเนื่อง 1 เดือน และมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ตามข้อ 1, 2 หรือ 3 ได้แก่ 1) อาการหลงผิด (delusion) 2) อาการประสาทหลอน (hallucination) 3) ความผิดปกติของการพูด (disorganized speech) 4) ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) และ 5) อาการด้านลบ (negative symptoms) หากมีอาการหลงผิดที่มีเนื้อหาแปลกประหลาด เป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusion) หรือมีการได้ยินเสียงคุยกันเป็นเรื่องราว (voice discussing) แม้เพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

B. มีปัญหาด้านสังคม (social dysfunction) ด้านการเงิน (occupational dysfunction) ด้านสัมพันธภาพ (poor interpersonal relation) หรือ ไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเอง (poor hygiene)

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีช่วงระยะอาการกำเริบ (active phase) ซึ่งมีอาการตามข้อ A. อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะอาการนำ (prodromal) หรือ ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ที่มีเพียงกลุ่มอาการด้านลบหรืออาการตามข้อ A. ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ที่แสดงออกเพียงเล็กน้อย แต่ไม่ถึงขั้นมีอาการประสาทหลอน

D. ไม่มีอาการเข้าได้กับโรคจิตที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (schizoaffective disorder) และ โรคซึมเศร้า (depressive disorder) หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

E. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือการใช้สารเสพติด

F. หากผู้ป่วยมีประวัติของโรค autism spectrum disorder หรือ communication disorder ที่เป็นตั้งแต่วัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมด้วยได้

ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนเป็นอาการเด่น เพิ่มจากอาการอื่นในข้อ A. นานอย่างน้อย 1 เดือน หรือน้อยกว่านี้หากได้รับการรักษาก่อน

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (Videbeck, 2020)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่ การมีอารมณ์ตรงข้ามที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (ambivalence) ความคิดต่อเนื่องกันแต่ไม่สัมพันธ์กัน (association looseness) อาการหลงผิด (delusion) ทำตามผู้อื่นโดยไม่ตั้งใจ (echopraxia) มีความคิดหลายอย่างเกิดขึ้นรวดเร็วและเปลี่ยนแปลงเร็ว (flight of idea) อาการประสาทหลอน (hallucination) อาการหลงผิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเอง (ideas of reference) การกระทำซ้ำอย่างควบคุมไม่ได้ (perseveration) และมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด หรือไม่สมควร (bizarre behavior)

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ (apathy) แสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก (affective flattening) เก็บตัว (asociality) แสดงอารมณ์ทางสีหน้าลดลง (blunt affect) ไม่มีการแสดงอารมณ์เลย (flat affect) พฤติกรรมแข็งทื่อ ไม่เคลื่อนไหว (catatonia) ขาดสมาธิ (inattention) และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition)

การดำเนินโรค

โรคจิตเภทมีการดำเนินโรค 3 ระยะ ได้แก่ ระยะอาการนำ (prodromal phase) พฤติกรรมเปลี่ยนไป คล้ายอาการด้านลบ ระยะอาการกำเริบ (active phase) ลักษณะคล้ายอาการด้านบวก ทำให้ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) หลังการรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัดแล้ว อาการด้านบวกทุเลาลงหรืออาจคงอยู่บ้างแต่ไม่รุนแรง หรืออาการด้านลบยังคงอยู่ แต่ผู้ป่วยสามารถอยู่กับ

อาการเหล่านี้ได้ (พิชามญชุ์ อินทะพุด, 2564) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพลงเรื่อย ๆ การรับรู้ความเป็นจริงเสียไปส่วนใหญ่ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ส่งผลให้ไม่ยอมรับการรักษา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น ส่งผลให้กลับมามีอาการซ้ำหรือรักษาซ้ำโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยที่ยากต่อการดูแลรักษา มีความเรื้อรังและมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงถือเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หากผู้ดูแลไม่สามารถรับมือกับบทบาทการดูแลนี้เกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้น ก็อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง พยาบาลจึงมีบทบาทในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลด้วย

การพัฒนาทักษะและการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแล (caregivers) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน โดยสามารถแบ่งตามความสัมพันธ์ได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น ลูกจ้าง พยาบาล หรือองค์กรต่าง ๆ โดยอาจไม่รับหรือรับค่าตอบแทนก็ได้ตามข้อตกลง และ 2) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) ซึ่งในบทความนี้ ผู้ดูแลทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้ดำรงชีวิตประจำวันได้โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง หรือรางวัล มีการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิชญา ชาญนคร, และศศิธร เก็มเส้น, 2563; พิชามญชุ์ อินทะพุด, 2564) ส่วนความรู้สึกเป็นภาระ (burden) เป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเอง เกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือ

อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน ติดต่อกันเป็นเวลาประมาณ 6 เดือน (ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2563) ดังนั้น ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลอย่างเป็นขั้นตอน (skill acquisition model) ของ Dreyfus and Dreyfus ในปี ค.ศ. 1996 ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2560) ประกอบด้วย 1) ขั้นเริ่มต้น (novice stage) ผู้ดูแลรับบทบาทผู้ดูแลใหม่ลองผิดลองถูก หากได้รับความรู้เรื่องการดูแล จะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะอย่างถูกต้อง 2) ขั้นเรียนรู้ (advanced beginner stage) ผู้ดูแลเริ่มเรียนรู้มากขึ้นจากการศึกษาข้อมูลทุกช่องทางและจากประสบการณ์ตรงของตนเอง รวมถึงการสังเกตพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น 3) ขั้นมีความสามารถ (competence stage) ผู้ดูแลเริ่มให้การดูแลด้วยหัวใจและความรู้สึก เริ่มมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของตนเอง และพยายามหาวิธีการในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น 4) ขั้นชำนาญ (proficient stage) ผู้ดูแลมีการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้วยความรวดเร็วเป็นอัตโนมัติ และเริ่มมองเห็นจุดสำคัญของสิ่งที่ประเด็นหลัก และ 5) ขั้นเชี่ยวชาญ (expert stage) ผู้ดูแลเริ่มมองว่าการดูแลและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหา แต่เป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ในขณะเดียวกันผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็ได้พัฒนาบทบาทของตนเองควบคู่กัน สำหรับการพัฒนามาตรฐานของผู้ดูแล มี 4 ขั้น ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นก่อนรับบทบาทผู้ดูแล ขั้นที่ 2 ขั้นทำบทบาทผู้ดูแลในระยะเริ่มต้น ขั้นที่ 3 ขั้นปรับบทบาทผู้ดูแลให้เข้ากับบทบาทเดิม และขั้นที่ 4 ขั้นรับบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาในแต่ละขั้นให้ผ่านไปอย่างรวดเร็ว (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2560) ดังนั้น การทำ

ความเข้าใจการพัฒนาทักษะอย่างเป็นขั้นตอนและการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลควรดำเนินการควบคู่กันจะทำให้มองภาพรวมของการเปลี่ยนบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ชัดเจนและเข้าใจมากขึ้น และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวญาติ ผู้ดูแล และชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับผลกระทบมากที่สุดซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรคประจำตัวกำเริบรุนแรงขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน และจากการที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือกำเริบบ่อยครั้ง ไม่ร่วมมือในการรักษา เกิดพฤติกรรมควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าติดตามและควบคุมผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงพักผ่อนไม่เพียงพอ มีความวิตกกังวลและความเครียดเรื้อรัง ทำให้นอนไม่หลับ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงจนกระทั่งเกิดการเจ็บป่วยทางกายตามมา หรือโรคทางกายที่เป็นอยู่กำเริบขึ้น (พิชามญช์ อินทะพูน, 2564)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาจากการมีอารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล ความกลัวพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่คาดเดาได้ยากของผู้ป่วยการที่ผู้ดูแลเกิดความคลุมเครือในบทบาทหน้าที่และมีความเหนื่อยล้า จะเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (พิชชดา วิวัฒน์สำราญกุล, 2564)

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลได้รับผลกระทบ คือ ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย

ทำให้ขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพัง ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการเงินที่เพียงพอ (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016)

4. ผลกระทบด้านสังคม ภาระการดูแลทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ขาดความเป็นอิสระในชีวิตส่วนตัว รับรู้ว่าการรอบข้างมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเองและผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญกับการเป็นตราบาปโดยเปิดเผยในเรื่องความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว แต่ยังมีบางส่วนที่เก็บไว้เป็นความลับเพราะกลัวถูกตีตราจากสังคม (Napa, Tungpunkom, Sethabouppha, Klunklin, & Fernandez, 2017) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในชุมชนอาจทำให้บุคคลรอบข้างในชุมชนหวาดกลัวและไม่มั่นใจในความปลอดภัย ผู้ดูแลจึงต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีความรู้สึกดีจากการที่ได้มีโอกาสดูแลและเอาใจใส่เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ เกิดความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพันกัน มองว่าผู้ป่วยก็คนสำคัญ มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้ดูแล (นลิน ดวงปัญญา และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 2563) การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้มีโอกาสใกล้ชิดและมีเวลาให้กันมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น มองการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในทางบวก จึงลดความทุกข์จากการดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (วิลโล นาปา, 2561; Sin, Moone, Harris, Scully, & Wellman, 2012)

สรุปได้ว่า การเผชิญกับผลกระทบทางลบด้านต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาได้ ทำให้เสียสมดุลด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทต้องเผชิญปัญหาจากการดูแลหลายด้านทำให้ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลจึงต้องให้การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อย

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อย ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยและความยากลำบากในการดูแล (สุจรรยา โลหาชีวะ, 2561) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะดูแลตนเองต่อไปอย่างไร หากผู้ดูแลเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเสียชีวิตไป บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกเครียดเมื่อรับรู้ว่าจะระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจะยืดขยายออกไปไม่มีที่สิ้นสุด มีความหมกมุ่นหรือวิตกกังวล มีความไม่พอใจ ความเครียด นำไปสู่ความรู้สึกรอคอย ท้อแท้ และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า (Caqueo-Urizar et al., 2014; Lohacheewa, Sitthimongkol, Sirapo-ngam, & Viwatwongkasem, 2016; Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2010) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระการดูแลมาก ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับสูง ผู้ดูแลอาจเกิดความท้อแท้ หดหู่และกำลังใจ เบื่อหน่ายกับอาการของผู้ป่วย (ทวิศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) มีภาวะซึมเศร้า (วิลาสินี พิเศษ และธรรมนาด เจริญบุญ, 2562) อาจเกิดความรู้สึกสูญเสียปนกับความรู้สึกรอคอย การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยเปรียบเสมือนฝันร้าย การที่พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิมทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิด โทษตัวเองต่อการเจ็บป่วย อาจรู้สึกว่าตนเองมีส่วนในการเจ็บป่วยนี้ ไม่ว่าจะเป็นการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย การเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ รวมถึง

การตอบสนองที่ไม่เหมาะสมในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต หรือบางรายอาจมีความรู้สึกเป็นภาระ (ไชยรัตน์ ไชยสีวามงคล, 2565; จิตติยาภรณ์ พิมวรรณ และนิสดา นาทประยุทธ์, 2564; Poonnotok et al., 2016) นอกจากนี้อาจมีการแสดงออกทางอารมณ์หรือมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักที่รับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจะรู้สึกกังวลใจในระดับสูง เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท วิธีการสื่อสารในครอบครัวในระยะแรกจึงมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ทวิศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลอาจเกิดความวิตกกังวล ความเครียด หวาดกลัว ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายมีอาการกำเริบเป็นระยะ ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการทางจิต ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ผู้ป่วยในความดูแลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป บางรายก้าวร้าวเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงทำลายทรัพย์สิน (อินชา ทศนาชนชัย, พิชามณฐ์ ปุณโณทก, วรณรัตน์ ลาวัณ, สุรภา สุขสวัสดิ์, และรัชณี สรรเสริญ, 2563) ผู้ป่วยบางรายอาจมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สังคมรอบข้างก็มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยด้วย (ดุขฎิ อุดมอิทธิพงษ์ และคณะ, 2563) จึงสร้างความลำบากใจ และสร้างความเหน็ดเหนื่อยให้กับผู้ดูแล (วาสนา นามเหลา, ชนัดดา แนนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2561) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และเรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับปัญหาที่จะต้องเผชิญจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะปรับตัวจากการดำรงชีวิตแบบเดิม (พิชชุดา วิทวัสสำราญกุล, 2564) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีภาระบทบาทหน้าที่เปลี่ยนไปจากชีวิตปกติ การเผชิญปัญหาจากการดูแลหลายด้านทำให้ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช ภายใต้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวม ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (พิชามณู อื่นทะพุด, 2564) ซึ่งขอบเขตบทบาทของพยาบาลวิชาชีพถูกกำหนดด้วยองค์วิชาชีพ คือ สถานการณ์พยาบาล ประกอบด้วย บทบาทไม่อิสระ บทบาทกึ่งอิสระ และบทบาทอิสระ ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นการกระทำการบำบัดโดยตรงต่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มบุคคล ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ซึ่งมีมิติด้านการปฏิบัติการพยาบาลสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และระดับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (“ประกาศสถานการณ์พยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะ”, 2552)

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแบ่งออกเป็นด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้านการวางแผนด้านการประสานงาน และด้านการบริการ โดยการทำหน้าที่สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในปัจจุบัน บทบาทของพยาบาลจิตเวชควรมุ่งเน้นมิติการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้มากขึ้น ควรมีการจัดบริการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง โดยการเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการจัดบริการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม (ทศา ชัยวรรณวรรต, 2560) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวรับมือกับบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสามารถดูแลตนเองไปด้วย เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วย

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่พยาบาลควรให้ความสนใจ พยาบาลจึงมี

บทบาทต่าง ๆ ตามระดับการบริบาลพยาบาล ดังนี้ 1) การสร้างเสริมสุขภาพจิต 2) การป้องกันปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต 3) การบำบัดรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว และ 4) การฟื้นฟูสภาพหรือสมรรถภาพทางจิต (สายฝน เอกวรารณ, 2562) บทบาทนี้จึงมุ่งเน้นการนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยประยุกต์บทบาทของพยาบาลตามระดับการบริบาลพยาบาล การป้องกันโรคตามแนวคิดการพยาบาลจิตเวชชุมชน และสมรรถนะพยาบาลจิตเวชที่กำหนดโดยสถานการณ์พยาบาล โดยบทบาทของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีดังนี้ (ทศา ชัยวรรณวรรต, 2560; ทศา ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤติยาธรรม, 2562; “ประกาศสถานการณ์พยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะ”, 2552; สายฝน เอกวรารณ, 2562)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) มุ่งลดอัตราการเกิดโรครายใหม่ทางจิตเวช การค้นหา และการจัดการกับความเสี่ยงของการเกิดโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต พยาบาลมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้ความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลสามารถดำเนินงานต่าง ๆ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี การจัดการสาเหตุที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การศึกษาวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) มุ่งลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยการค้นหาและคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลือทันที มีแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คือ การค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เริ่มมีสุขภาพจิตและช่วยเหลือรักษาโดยเร็วที่สุด กิจกรรมต้องมุ่งเน้นให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และระบบส่งต่อจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงของโรคและได้รับการช่วยเหลือบำบัดรักษา

ที่มีประสิทธิภาพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ตามระดับความรุนแรงของโรค

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) มุ่งฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยเน้นการบำบัดหรือการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเพิ่มความยุ่งยากหรือซับซ้อนขึ้นของปัญหา มุ่งเน้นให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในที่นี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามสภาพปัญหา ความรุนแรง ความต้องการ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต มีแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คือ การให้ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เกี่ยวกับเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และความรู้ที่ทันสมัย

ในปัจจุบัน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลต่างๆ ได้มีการพัฒนาและมีการใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพยาบาลก็ต้องปรับตัวต่อการผสมผสานเทคโนโลยีกับงานบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการด้วย สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนั้น มีแอปพลิเคชันเพื่อคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นด้วยตนเอง เช่น ประเมินภาวะซึมเศร้าหรือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีแนวทางช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น และมีข้อมูลแหล่งช่วยเหลือเมื่อต้องการเข้าถึงบริการ เช่น Smile Hub Mental Health Check Up Mindfit หรือ Mental Health Check In และในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือก็มีแอปพลิเคชันเพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้อาการทุเลาลง หรือให้การบำบัดทางจิตใจผ่านระบบออนไลน์ เช่น Sabaijai Khuikun APPEER Hero หรือ CAMHSAid นอกจากนี้ยังนำมาใช้ในการนัดหมาย

ติดตามและประเมินผลการบำบัดรักษา โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line) หรือให้บริการบำบัดรักษาโดยตรง เช่น การให้การปรึกษาผ่านวิดีโอคอล (video call) หรือเฟซบุ๊ก (facebook) (สรัญญา วรณชัยกุล, 2565) ทั้งนี้ การเลือกใช้บริการควรพิจารณาให้สอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือ นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตมีช่องทางเลือกหนึ่งที่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้ คือ แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต เพื่อประเมินสุขภาพจิตทางออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ <https://dmh.go.th/test/> เช่น การประเมินความเครียด แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า หรือความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ดัชนีวัดความสุขคนไทย และยังมีบริการปรึกษาทางโทรศัพท์ คือ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ซึ่งจัดบริการฟรี 12 คู่สายตลอด 24 ชั่วโมง และเพิ่มช่องทาง chat counseling ผ่านเพจสายด่วนสุขภาพจิต 1323 และอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้ดังนี้ (ทศฯ ชัยวรรณวรรต และสุจิตรา กฤติยาวรรณ, 2562)

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างความไว้วางใจและเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก ตอบข้อสงสัยต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้บอกความต้องการที่อยากให้ช่วยเหลือ

2. ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล หากพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยง พยาบาลสามารถประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรอง ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยประเมินอาการต่างๆ ให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือหากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ก็สามารถวางแผนเยี่ยมบ้าน (home visit) เป็นระยะ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย รวมถึงประเมินผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ประเมินสิ่งแวดล้อม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม และชุมชน ซึ่งพยาบาลสามารถประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเบื้องต้นจากการสังเกต ควบคู่กับการสัมภาษณ์ การสอบถาม หรือการใช้แบบประเมิน/แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ เช่น แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากพบความผิดปกติ ก็สามารถประเมินสภาพจิตเบื้องต้นได้

3. การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยในความดูแล ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) รวมถึงความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การปรับตัว วิธีการเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ด้วยตนเองของผู้ดูแล โดยสอนเทคนิคการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหากิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนหรือลดความวิตกกังวลด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเมื่อรู้สึกเศร้า การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่จำเป็นหากไม่สามารถจัดการอารมณ์และเผชิญปัญหาด้วยตนเองได้

4. การประคับประคองและให้การปรึกษา แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน สนับสนุนให้กำลังใจ ประสานงานกับหน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเวลาที่มีความต้องการจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งการให้การปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ แต่หากเป็นปัญหาซับซ้อนต้องใช้การบำบัดที่ซับซ้อนขึ้น เช่น จิตบำบัด หรือครอบครัวบำบัด ซึ่งพยาบาลจะต้องผ่านการอบรมก่อน

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จำเป็นต้องได้รับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่าง

ครอบคลุม ควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย การป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตแล้วก็ป้องกันไม่ให้อุทกมลหรือมีความรุนแรงมากขึ้น อันจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาและจำหน่ายจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะกลับคืนสู่ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต หากมองข้ามปัญหานี้ ก็อาจกลายเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้น จนกระทั่งเกิดผลกระทบที่รุนแรงขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการป้องกัน 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ มุ่งลดอัตราการเกิดโรครายใหม่ทางจิตเวช การค้นหา และการจัดการกับความเสี่ยงของการเกิดโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต ระดับทุติยภูมิ มุ่งลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยการค้นหา และคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลือทันที และระดับตติยภูมิ มุ่งฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยเน้นการบำบัดหรือการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเพิ่มความยุ่งยากหรือซับซ้อนขึ้นของปัญหา ในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยมาใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ทำให้สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึง ส่วนกิจกรรมของพยาบาลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล การประเมินภาวะสุขภาพ การสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล และการประคับประคองและให้การปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพจิตที่ดี มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566).

แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/>

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

(2561). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. นนทบุรี: สื่อตะวันตก.

คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

(2566). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>

ไชยอุดม ไชยวิมลมงคล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

ความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 7(4), 102-113.

จิตติยาภรณ์ พิมวรรณ, และนิสิตา นาทประยุทธ์. (2564).

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(2), 203-216.

คุณฤ อุดมอิทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร, และศศิธร

เก็มเสน. (2563). ภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ: บทความพึงพอใจวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 14(2), 48-68.

ทวีศักดิ์ กลีผล, พิจิตรา ชุณหวิจิตรธรรม, ชฎาภา

ประเสริฐทรง, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศิริยุพานันสนานนท์, และอำพัน จารุทัศนากูร. (2563). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 102-115.

ทศา ชัยวรรณวรรต. (2560). บทบาทของพยาบาล

จิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(2), 16-30.

ทศา ชัยวรรณวรรต, และสุจิตรา กฤติยาวรรต. (2562).

พยาบาลกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 1-12.

ธัญญา สองเมือง, และอนัญญา สองเมือง. (2565).

ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทหลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 70-79.

นลิน ดวงปัญญา, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2563).

ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 32(2), 43-54.

ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ. (2552, 30 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 16 ง. หน้า 28-29. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf>

พิษขุดา วิทวัสสำราญกุล. (2564). คุณภาพชีวิตของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 40(1), 19-29.

พิชามญช์ อินทะพุด. (2564). *การดูแลญาติผู้ดูแล*

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

ภัทราภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็น*

โรคจิตเภท. เชียงใหม่: สมาร์ทโกลด์อิง แอนด์ เซอร์วิส.

มานิซ หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (บ.ก.).

(2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วาสนา นามเหลา, ชนัดดา แบนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 23–35.
- วิลาลินี พิศณุ, และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 317–336.
- วิไล นาป่า. (2561). การดูแลโดยครอบครัวและการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก: ความท้าทายของการพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 1–16.
- สร้อยญา วรณชัยกุล. (2565). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 364–378.
- สายฝน เอกวรรณ. (บ.ก.). (2562). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นครศรีธรรมราช: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สุรธยา โลหาชีวะ. (2561). ความเครียด และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 60–67.
- อินชา ทศนาชนชัย, พิชามณัฐ ปุณโณทก, วรณรัตน์ ลาวัง, สุรภา สุขสวัสดิ์, และรัชนี้ สรรเสริญ. (2563). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 106–121.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5TM)* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos Giráldez, S., Lee Maturana, S. L., Ramírez Pérez, M., & Mascayano Tapia, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26(2), 235–243. doi:10.7334/psicothema2013.86
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological distress of family members caring for a relative with first episode schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3), 183–195. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/42718/51220>
- Napa, W., Tungpunkom, P., Sethabouppha, H., Klunklin, A., & Fernandez, R. (2017). A grounded theory study of Thai family caregiving process for relatives with first episode psychosis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(2), 158–170. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/74254/67459>

- Poonnotok, P., Thampanichawat, W., Patoomwan, A., & Sangon, S. (2016). Struggling to restore normalcy: Thai parents' experiences in being caregivers of children with early schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(1), 71–84. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/36348/40680>
- Sin, J., Moone, N., Harris, P., Scully, E., & Wellman, N. (2012). Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis: A phenomenological study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(1), 53–59. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00300.x
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *The Nursing Clinics of North America*, 45(4), 613–626. doi:10.1016/j.cnur.2010.06.007