

NURSING MANAGEMENT OF PATIENT WITH NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA RESIDING IN A COMMUNITY

Jirapa Boonsin, M.N.S. , Daungdao Ubolyaem, Ph.D.***

Abstract

Negative symptoms are the predominant symptom in schizophrenic patients who lived in the community. The impairments of these patients were blunted affect, avolition, asociality, attention deficit in environment, and dysfunction in working and interaction with others.

Nurse is a health care provider who plays a role to management of patient with negative symptoms in schizophrenia residing in a community and continuous care for adherence therapy, rehabilitation of patients and use of mental health and community psychiatric supportive resources. Finally, patients could live effectively in society and had a good quality of life.

Keywords: management, schizophrenia patients, negative symptom

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi*

***Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, e-mail: daungdao@bcns.ac.th*

Received: 15 May 2023, Revised: 20 June 2023, Accepted: 27 June 2023

การจัดการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชน

จิราภา บุญศิลป์, พย.ม.*, ดวงดาว อุบลเยี่ยม, ประ.ศ.**

บทคัดย่อ

อาการทางลบเป็นอาการเด่นที่พบในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในชุมชน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีความบกพร่องในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ขาดความกระตือรือร้น ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการทำงานบกพร่อง

พยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทในการจัดการและดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชนให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย รวมถึงการใช้แหล่งสนับสนุนทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการทางการพยาบาล, ผู้ป่วยจิตเภท, อาการทางลบ

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, e-mail: daungdao@bcns.ac.th

วันที่รับ: 15 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 20 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับ: 27 มิถุนายน 2566

บทนำ

โรคจิตเภทถือเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกมีประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 0.32 ส่วนมากจะพบในวัยผู้ใหญ่ในอัตรา 1 ใน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45 ความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยตั้งแต่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019) ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายขยายงานด้านสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกระบบบริการสุขภาพและนโยบายการลดความแออัดของผู้มารับบริการในหน่วยงาน (กรมสุขภาพจิต, 2564) อย่างไรก็ตามจากรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชของกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2564 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังคงมารับบริการจำนวน 284,273 คน อยู่เป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยที่มารับบริการ สำหรับโรงพยาบาลศรีธัญญา พบผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 32.60 ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.40 และยังเป็นกลุ่มที่ได้รับการจำหน่ายมากที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 41.00 (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2565) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะกลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้านและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน

โรคจิตเภทสามารถที่จะตรวจพบลักษณะอาการทางคลินิกโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (นันทวิช สัทธีรักษ์ และคณะ, 2558) คือ 1) กลุ่มอาการทางด้านบวก (positive symptom) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptom) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มอาการทางลบสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะเรื้อรัง ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท พบร้อยละ 0.70 ความรุนแรงของโรคพบร้อยละ 37.00 (ปัทมานนท์ ขวัญสนธิ และ มานิต ศรีสุรภานนท์, 2561) ผู้ป่วยจะมีระดับความเจ็บป่วยในระยะคงที่และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) อาการทางลบมีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.00 (Correll & Schooler, 2020) ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.50 รองลงมาเป็นการแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ และการสนทนาเกิดขึ้นแบบไม่เป็นธรรมชาติ เป็นร้อยละ 49.80, 41.50, 40.40 และ 22.30 ตามลำดับ (Sicras-Mainar et al., 2014)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทั่วไปมักพบว่าขาดผู้ดูแลหรืออยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ขาดการยอมรับจากครอบครัว สังคม เป็นผู้พึ่งพา (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และ ขนิษฐา นันทบุตร, 2561) อีกทั้งต้องเผชิญพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเช่น พฤติกรรมแยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เคลื่อนไหวน้อย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ทุกข์ทรมาน มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ (กัญญา ศรีตะวัน และ รัชนิกร อุปเสน, 2560)

สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระยะนี้ จะมุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือกับการรักษา การเฝ้าระวังปัจจัยที่เสี่ยงต่อการกำเริบและสนับสนุนผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (ขจิรัตน์ ปริกเอโก และคณะ, 2559; สายฝน เอกวรางกูร, 2563)

อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีเพียงพยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนตามมาตรฐานวิชาชีพซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 85.79 (นุสรา นามเดช และคณะ, 2565) พยาบาลที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีจำนวนน้อยแต่ต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับภาระงานอื่น ๆ ที่ต้องรับผิดชอบจำนวนมากรวมทั้งยังขาดระบบการส่งต่อที่ชัดเจน แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปแบบอาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (กาญจนา เหมะรัต และคณะ, 2555; สิริณีย์ ประเสริฐยศ และคณะ, 2558; สาวินี คลังกา และคณะ, 2565) ดังนั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ดูแลติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านต่าง ๆ และความ

เรื้อรังของโรคที่จะทำให้เกิดอาการทางลบที่เด่นชัดมากขึ้น และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาดำรงชีวิตได้ปกติในสังคม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558; ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, 2560)

นิยามของการจัดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

การจัดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับดูแลต่อเนื่องตามระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำจำกัดความอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำจำกัดความอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากผู้เชี่ยวชาญทั้งในและต่างประเทศได้ให้คำจำกัดความ ดังนี้ อาการทางลบ หมายถึง การลดการทำหน้าที่ของการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจและความสนใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางน้อยกว่าปกติ พูดน้อย แยกตัวออกจากสังคม ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นบกพร่อง ขาดความกระตือรือร้น ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558; Correll & Schooler, 2020) ซึ่งจากแนวคิดและการศึกษาลักษณะเฉพาะที่เป็นลักษณะเด่นของอาการทางลบจะพบลักษณะอาการทางคลินิกและอาการทาง

คลินิกที่ตรวจพบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ
 ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้ (หงษ์ บันเทิงสุข และ

คณะ, 2545; Correll & Schooler, 2020; Marder &
 Galderisi, 2017)

ตารางที่ 1 ลักษณะอาการทางคลินิกและอาการทางคลินิกที่ตรวจพบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

อาการทางคลินิก (Clinical Symptoms)	อาการทางคลินิกที่ตรวจพบ (Clinical Findings)
แสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect)	สีหน้าเฉยเมย ไร้อารมณ์ ขณะพูดนั่งตัวแข็งทื่อ ไร้อารมณ์ น้ำเสียงราบเรียบ
พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia)	โต้ตอบด้วยคำพูดหยุดชะงักเป็นพัก ๆ ถามคำตอบคำ ใช้เวลานานกว่าจะตอบ พูดเรื่องเดียวกันซ้ำซาก
ขาดความสนใจในกิจกรรม (avolition)	นั่งก้มหน้า ไม่สบตาขณะสนทนา ไม่สนใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รอบตัว ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ขาดความกระตือรือร้น ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน
มีภาวะสิ้นยินดี (anhedonia)	ขาดความร่าเริงใจในการทำกิจกรรม ขาดความยินดีกับกิจกรรมต่าง ๆ ขาดความสนใจในกิจกรรมทางเพศ
ไม่เข้าสังคม (asociality)	หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรม หลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือพูดคุยกับ บุคคลอื่นก่อน มักอยู่คนเดียวเสมอ มีเพื่อนน้อย

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการทางลบของผู้ป่วยโรค จิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีระยะ
 การเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลให้มีความบกพร่องใน
 การทำหน้าที่และส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ ดังนี้
 (พิชามญช์ อินทะพูล, 2564; Sicras-Mainar et al.,
 2014)

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

การติดต่อสื่อสารและการแสดงออก
 ทางด้านอารมณ์บกพร่อง ขาดความกระตือรือร้น
 ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง มีความบกพร่อง
 ในความรับผิดชอบต่าง ๆ รวมทั้งสัมพันธภาพกับ

ผู้อื่นในสังคม ขาดแรงจูงใจที่นำไปสู่การเกิด
 พฤติกรรมตามเป้าหมายและไม่มีประสบการณ์ของ
 ความสุข

2. ผลกระทบของผู้ดูแล

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมต่ำลง
 เนื่องจากผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ
 กิจวัตรประจำวันมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีความ
 พร่องในด้านต่าง ๆ ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถ
 ดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ขาดอิสระในการใช้ชีวิต
 และมีเวลาส่วนตัวน้อยลง

3. ผลกระทบต่อสุขภาพและค่าใช้จ่าย

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีการ

พยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรัง และมีอาการหลงเหลือ ส่งผลต่อระบบสุขภาพในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแล เช่น ค่ายา ค่าเดินทางในการไปพบแพทย์ การรักษา เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

การประเมินสภาพถือเป็นความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เครื่องมือที่ใช้หรือนำมาเป็นแนวทางในการประเมินอาการทางลบทั้งในการปฏิบัติทางคลินิกและการวิจัยที่พบบ่อยมักจะประกอบด้วยเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งการประเมินอาการทางลบสามารถประเมินได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงหรือการสัมภาษณ์ญาติ/ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) เป็นเครื่องมือประเมินอาการทางลบ จำนวน 25 ข้อ โดยประเมินลักษณะอาการทางลบ 5 ลักษณะ คือ Affective Flattening or Blunting, Alogia, Avolition-Apathy, Anhedonia, Attention มีมาตรการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน คือ ไม่มีอาการถึงมีอาการรุนแรง แบบประเมินมีค่า test- retest reliabilities อยู่ระหว่าง 0.24 - 0.54 (Galderisi et al., 2021; Phillips, 1996)

2. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือประเมินอาการทางบวก อาการทางลบและอาการอื่น ๆ ของโรคจิตเภท

จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินอาการทางบวก 7 ข้อ การประเมินอาการทางลบ 7 ข้อและกลุ่มอาการจิตพยาธิสภาพทั่วไป 16 ข้อโดยมีมาตรวัดคะแนนจาก 1 - 7 ค่าคะแนนที่มากแสดงถึงความรุนแรงของอาการที่สูงขึ้น สำหรับในประเทศไทย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) ได้พัฒนาเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS- T) โดยแปลจากภาษาอังกฤษจากแนวคิดของ Kay et al. (1987) และมีข้อคำถามเสริมสำหรับประชากรที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง 3 ข้อ รวมเป็น 33 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการถึงมีอาการรุนแรงมาก แบบประเมินนี้มีค่า interrater reliability โดยด้าน Positive Syndrome มีค่าระหว่าง 0.77 - 0.81 ด้าน Negative Syndrome มีค่าระหว่าง 0.81 - 0.83 และด้าน General Psychopathology มีค่าระหว่าง 0.76 - 0.78 (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, ม.ป.ป.; Kay et al., 1987)

3. แบบประเมินอาการทางลบของหงษ์บรรเทิงสุข (2545) เป็นเครื่องมือที่ประเมินเฉพาะอาการทางลบ ที่ปรับมาจากแบบประเมินอาการทางลบของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (ม.ป.ป.) ซึ่งปัจจุบันได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากมีความสะดวก รวดเร็ว ใช้ได้ง่าย โดยการใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 0 คือ ไม่มีอาการและ 1 คือมีอาการ โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.84

ในประเทศไทยได้มีการนำแบบประเมิน PANSS ฉบับภาษาไทย มาใช้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสม สามารถประเมินได้ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ มีความเชื่อถือได้ (reliability) และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี (ชนานิษฐ์โกวิทย์ และคณะ, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ยังสามารถนำแบบประเมินนี้มาใช้สำหรับการประเมินเฉพาะอาการทางลบได้ในผู้ป่วยจิตเภท (สิรินันท์ ลิ้มทองคำ และ เพ็ญพิศตร อุทิศ, 2561) และกรมสุขภาพจิตได้แนะนำการใช้เครื่องมือ PANSS ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (จิตชนก โอภาสวัฒนา, 2563; มัณฑนา กิตติพิรัช และคณะ, 2560)

แนวทางการจัดการผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

การจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยส่วนใหญ่สามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

โดยทั่วไปยาที่มักนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้แก่ กลุ่มยาด้านโรคจิต (Antipsychotic drug) ที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ Dopamine กลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่มนี้จะด้าน dopamine-2 receptor ใน mesolimbic system อย่างไรก็ตามยาในกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในผลการรักษา และผลข้างเคียงที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาการ extrapyramidal symptoms (EPS) อาจส่งผลต่อผู้ป่วยที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา แพทย์อาจจะมีการพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับยาชนิด

น้ำใช้หยดผสมในเครื่องดื่มและรับยาชนิดซึ่งออกฤทธิ์สั้นและแบบออกฤทธิ์ยาวชนิดทุก 2 - 4 สัปดาห์ (depots หรือ long-acting form) เช่น haloperidol decanoate, fluphenazine decanoate, flupentixol depot เป็นต้น ต่อมาได้มีการนำยากลุ่มยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (Serotonin-Dopamine Antagonists: SDAs) มาใช้และได้ผลดีกับผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่ง SDAs จะออกฤทธิ์ปิดกั้นทั้ง Serotonin type 2 (5-HT₂) และ Dopamine type 2 (D₂) receptor เกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่สูง ผลข้างเคียงน้อยและรักษาอาการทางลบได้ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2557; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; มัณฑนา กิตติพิรัช และคณะ, 2560) อย่างไรก็ตามสิ่งที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มนี้คือ กลุ่มอาการ metabolic syndrome จากการเกิดสภาพ insulin resistance เช่น น้ำหนักตัวเพิ่ม ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเบาหวานสูงขึ้น (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า มีการใช้ยาเสริมเพื่อรักษาโรคอื่นที่เกิดร่วมกับโรคจิตเภท เช่น โรคซึมเศร้า มีการใช้กลุ่มยาด้านเศร้าเพื่อรักษาอารมณ์เศร้าหรือในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยมีผลการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนการใช้ยาในรูปแบบของยาด้านเศร้าร่วมกับยาด้านโรคจิตที่ช่วยจัดการกับความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบให้มีอาการดีขึ้น (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2563; Black, 2020; Cerveri et al., 2019)

2. การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Therapy)

การบำบัดทางจิตสังคม เป็นการบำบัดทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ที่มีปัญหาและเจ็บป่วยทางจิตเพื่อบรรเทาทุกข์ทางจิตใจ และตระหนักผู้สามารถปรับตัวในสิ่งแวดล้อมและสังคมได้ประกอบด้วย

2.1 กลุ่ม/กิจกรรมบำบัด (Group/Activity therapy) นำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยเพื่อส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและป้องกันการถดถอย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกันรัก นับถือและเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าเป็นโอกาสที่ดีที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาควิชาจิต ส่งผลให้มีพฤติกรรมแยกตัวลดลง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2559)

2.2 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ให้เรียนรู้การคิดที่มีเหตุผลบนความเป็นจริง และปรับพฤติกรรมใหม่จนสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้อาการทางลบลดลง อย่างไรก็ตามพยาบาลที่จะนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการอบรมเรื่อง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และคำนึงถึงข้อจำกัดของผู้ป่วยซึ่ง CBT สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง

ทางการคิดที่ยังไม่รุนแรง ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พบว่า มีความบกพร่องในการรู้คิด การเชื่อมโยงอารมณ์ การรับรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจทำได้ก่อนข้างยากรรมทั้งระยะเวลาของการบำบัดที่มากถึง 9 - 12 เดือน (ชุมทรัพย์ ก้อนทอง และคณะ, 2559; ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, 2560; Elis et al., 2013)

2.3 การฝึกทักษะทางสังคม (Social Skill Training) เป็นการฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยที่เน้นการมีส่วนร่วมโดยการให้ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงและทฤษฎีเสริมแรงสูงใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและพัฒนาความสามารถทางสังคมที่บกพร่อง ซึ่งมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทางสังคมและมีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น (ศิริลักษณ์ ปรมะ, 2561; Elis et al., 2013)

2.4 การบำบัดแบบผสมผสาน (Combined treatment) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมด้านอื่น ๆ ร่วมกันเช่น 1) ครอบครัวยุทธศาสตร์ที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ห่วงใยและเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างเหมาะสม 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยส่งผลให้บรรยากาศภายในครอบครัวมีความอบอุ่น เข้าใจ เป็นมิตร เหมาะกับการฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และ 4) การฝึกทักษะทาง

สังคม ซึ่งการบำบัดแบบผสมผสานมีส่วนช่วยทำให้อาการทางลบดีขึ้น (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560; เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560; Elis et al., 2013)

การจัดการกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการอาการทางลบในคลินิก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินสภาพ (Assessment)

1.1 ประเมินอาการแสดงโดยใช้

การสังเกตของพยาบาล การสังเกตของญาติหรือผู้ดูแลหรือใช้แบบประเมินร่วมกับการประเมินสภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (สายฝน เอกวางกูร, 2563)

1.1.1 ด้านสภาพร่างกาย

โดยทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ความเหมาะสมของการแต่งกาย สุขภาพส่วนบุคคล การพักผ่อน การนอนหลับ เป็นต้น

1.1.2 ด้านความคิดของผู้ป่วย

ประเมินความคิดหลงผิดและระดับความรุนแรงของความคิดหลงผิด

1.1.3 ด้านการรับรู้ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโดยประเมินอาการประสาทหลอน ลักษณะความถี่การตอบสนองต่ออาการประสาทหลอนและแนวโน้มการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น

1.1.4 สำหรับผู้ป่วย

จิตเภทที่มีอาการทางลบควรได้รับการประเมิน

ลักษณะอาการทางลบ เนื่องจากอาการทางลบส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีการสื่อสารบกพร่อง การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง เฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมายและไม่มีประสบการณ์ของความสุขและแยกตัวจากสังคม

1.1.5 ด้านความร่วมมือ

ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การยอมรับ การตระหนักถึงความเจ็บป่วย อาการทางจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยา ความสามารถของผู้ป่วยในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและประโยชน์ของการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา (วัชรินทร์ วุฒิธรรณฤทธิ์, 2560)

1.2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โดยเฉพาะปัจจัยสาเหตุ การสังเกตอาการที่ทำให้โรคกำเริบและกลับเป็นซ้ำ (สมภพ เรืองตระกูล, 2557)

1.3 ประเมินปัญหาที่มีความยุ่งยาก

ซับซ้อน เช่น ประวัติการใช้สารเสพติด ความขัดแย้งและสัมพันธภาพในครอบครัวรวมทั้งระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น พฤติกรรมทำร้ายตนเอง โรคร่วมทางจิตเวชเป็นต้น เพื่อให้การดูแลในกรณีที่เร่งด่วนได้ (สายฝน เอกวางกูร, 2563)

1.4 ประเมินทักษะทางสังคมต่าง ๆ เช่น

สัมพันธภาพกับผู้อื่นและครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรม และความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2563)

1.5 ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านและ

เครือข่ายสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมแยกตัว มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางสาธารณสุขมีส่วนช่วยในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท (วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2560; สายฝน เอกวารางกูร, 2563; Pothimas et al., 2021)

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Herdman & Kamitsuru, 2021; Varcarolis, 2015) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning)

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการสงบ อาการโรคจิตยังคงมีอยู่แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มุ่งเน้นการฟื้นคืนสู่สุขภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพจิตที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน โดยแผนการพยาบาลในระยะยาวในชุมชน (วไลลักษณ์ พุ่มพวง, 2565; อรรถพรณ ลีอนุวัชรวิชัย, 2556) ประกอบด้วย

1) ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การมาตรวจตามนัด

2) ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและบุคคลที่ใกล้ชิด

3) สนับสนุนการใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนและหน่วยงานใกล้บ้าน

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

4.1 การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย

4.1.1 ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค การรักษาและการจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา วิธีในการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำรวมทั้งการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางสุขภาพที่อาจส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบหรือกลับมาป่วยซ้ำ เช่น การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด (ขจิรัตน์ ปริกเอโก และ คณะ, 2559; สายฝน เอกวารางกูร, 2563)

4.1.2 กรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่เพิ่มมากขึ้นที่จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว การปฏิบัติการของพยาบาลจะใช้ความสม่ำเสมอในการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในแต่ละครั้งเพื่อทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและปลอดภัยหรือผู้ป่วยพูดน้อยพยาบาลควรเลือกใช้คำพูดที่กระชับ เข้าใจง่าย และพูดซ้ำ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากขึ้น (เอกอุมา อัมคำ, 2564)

4.1.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความ

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน
1. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง เนื่องจากมีพฤติกรรมแยกตัว	<u>แยกตัวจากสังคม (Social Isolation)</u> อยู่คนเดียว ไม่สื่อสารกับใคร ไม่สมาคมกับผู้อื่น ไม่ยอมแสดงออกถึงความต้องการของตน แยกตัว ไม่ใส่ใจผู้อื่น <u>ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่อง (Impaired social interaction)</u> อยู่คนเดียว ไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามคำสั่ง
2. การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความผิดปกติของกระบวนการคิด	<u>การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective coping)</u> ไม่มีกำลังใจ รู้สึกหมดพลัง หมดไฟ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต <u>กระบวนการคิดผิดปกติ</u> ขาดความสามารถในการดูแลตนเองตามความจำเป็นพื้นฐาน
3. การดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากมีพฤติกรรมถดถอย/มีอาการด้านลบ/ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง/ไม่สนใจดูแลความสะอาดของร่างกาย	<u>การดูแลตนเองบกพร่อง</u> การอาบน้ำ/ความสะอาดของเสื้อผ้า/การแต่งกาย (self-care deficit: bathing/hygiene, dressing/grooming) ไม่สนใจในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม สุขภาพส่วนบุคคลบกพร่องในเรื่องการดูแลตนเอง การแต่งตัว การอาบน้ำ การแปรงฟัน แต่งกายไม่สะอาด
4. เสี่ยงต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเนื่องจากผลข้างเคียงของยา/ขาดความตระหนักในการรักษา	<u>ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (Nonadherence)</u> ไม่ยอมรับรับประทานยาเนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วย รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา ไม่ไปรับการรักษาตามนัด ไม่ยินยอมที่จะไปรับการรักษา
5. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า/รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า/ป่วยทางจิตเรื้อรัง	<u>ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Loneliness)</u> แยกตัว ไม่คุยกับใคร สีหน้าเรียบเฉย ไม่สดชื่น รู้สึกเหงา อ้างว้าง ไม่มีความสุข เหมือนอยู่คนเดียว <u>รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าแบบเรื้อรัง (chronic low self-esteem)</u> พูดถึงตนเองไม่ดีทางเชิงลบ ไม่ภูมิใจในตนเอง รู้สึกต่ำต้อย ไร้ค่า ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น <u>เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (risk for self-directed violence)</u> มีความรู้สึกผิด มีประวัติความรุนแรงต่อตนเองหรือทำร้ายตนเอง อ่อนไหวอย่างมากต่อการดูหมิ่นดูแคลน

สามารถในการดูแลตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและผู้อื่นโดยการฝึกทักษะทางสังคม เช่น การรับรู้ทางสังคมพื้นฐาน การสื่อสารระหว่างบุคคล กิจกรรมทางสังคม การผ่อนคลาย รวมทั้งการฟื้นฟูทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว การประกอบอาชีพ การเสริมหนุนศักยภาพของผู้ป่วยที่มีความสามารถ เป็นต้น (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

4.1.4 กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมหรือการเจ็บป่วยอย่างอื่น หรือปัญหาซับซ้อนร่วมด้วย ควรมีการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (สายฝน เอกวรารังกูร, 2563)

4.2 ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับญาติ/ผู้ดูแล

4.2.1 กรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีอาการสงบ

1) ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติเกี่ยวกับโรค อาการ การพยากรณ์โรค การปฏิบัติตามแผนการรักษา การสังเกตและการช่วยเหลือกรณี que ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยาที่รับประทาน การสังเกตอาการเตือน การจัดการกับอาการก่อนมีอาการทางจิตกำเริบและแหล่งช่วยเหลือทางสังคมเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (ขจิรัตน์ ปริกเอโก และคณะ, 2559; สายฝน เอกวรารังกูร, 2563)

2) ให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

รวมทั้งฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการใช้เวลาว่างและการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

3) เข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (ขจิรัตน์ ปริกเอโก และคณะ, 2559)

4.2.2 กรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมีอาการทางจิตกำเริบ

1) กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้นดูแลจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ได้แก่ การให้ความเป็นจริง ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ควรใช้การดำเนินผู้ป่วย (อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์ และคณะ, 2557)

2) เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านหรือทะเลาะหรือด่าว่าผู้อื่น ดูแลช่วยเหลือไกล่เกลี่ยความขัดแย้งที่เกิดขึ้น (ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ, 2560)

3) หากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีตรรกะหรือการถูกรังเกียจ ดูแลให้ผู้ป่วยนึกถึงความเป็นจริงและอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจลักษณะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นเพื่อให้เกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วย (ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ, 2560)

4) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยขาดยา ใช้สารเสพติด มีอาการหลงผิดมีอาการหูแว่วอยู่ในภาวะอารมณ์โกรธรุนแรง โดยมีสัญญาณเตือนที่ก่อนการ

มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น พุดหยาบคาย หงุดหงิด ตาขวาง สายตาไม่เป็นมิตร กระสับกระส่าย ไม่นอน เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ การจัดการอาการในเบื้องต้นให้เรียกชื่อผู้ป่วยด้วยเสียงที่นุ่มนวล การพูดคุยให้ เว้นระยะห่างและคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้น ควรเว้นระยะห่างและขอความช่วยเหลือจาก อพปร. ดำรวจ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (ขจิรัตน์ ปริกเกโก และคณะ, 2559; ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2563)

4.3 ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคม

4.3.1 ระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะเริ่มจากแพทย์ผู้ทำการรักษาประเมินการบำบัดรักษาก่อนจำหน่ายพยาบาลและทีมสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช รพช./รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข ดำเนินการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้ป่วยจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขร่วมกับ อสม. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันรวมทั้งการรับประทานยา การประเมินอาการและดูแลช่วยเหลือตามบริบทของพื้นที่ กรณีที่พบว่าผู้ป่วยอาการไม่สงบดำเนินการปรึกษา/ส่งต่อตามระบบในพื้นที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช รพช./รพท./ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560)

4.3.2 กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางจิตเวช เช่น มีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายผู้อื่นหรือมีภาวะวิกฤตทางกายร่วมด้วย การให้บริการในภาวะวิกฤตสามารถให้บริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป หรือการให้บริการจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับอาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการฝึกที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2563)

4.3.3 ให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัวในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาทางจิตเวชที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น clozapine หรือมีอาการรุนแรงสามารถรายงานความผิดปกติตามระบบติดตาม (มันทนา กิตติพิรัชล และคณะ, 2560)

5.การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Evaluation)

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลจะดำเนินการประเมินผลตามลักษณะอาการเด่นชัดของอาการทางลบ จึงจำเป็นต้องนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ตั้งแต่การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจสภาพจิต การใช้แบบประเมินต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและประเมินผลตามเกณฑ์ ทั้งนี้การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยควรคำนึงถึงความเฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งมีความแตกต่างกันในเรื่องสภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556)

บทสรุป

อาการทางลบในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็น

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน ซึ่งอาการดังกล่าว ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สิ่งสำคัญของการดูแลผู้ป่วยคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งการฝึกทักษะที่จำเป็นพื้นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองให้มากที่สุดโดยอาศัยการดูแลของครอบครัว และชุมชนพยาบาลจำเป็นจะต้องมีความรู้ ทักษะและใช้กระบวนการพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในการจัดการและดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.ดร.วิภาศิริ นราพงษ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะและแนวทางในการเขียนบทความฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นและขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ที่สนับสนุนการเขียนบทความทำให้สามารถดำเนินสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564*. บริษัทละม่อม จำกัด.
กัญญา ศรีตะวัน และ รัชนิกร อุปเสน. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก* [ฉบับพิเศษ], 18, 308-314.

กาญจนา เหมะรัต, วิภาวี เผ่ากันทราร, และ สุชาดา พุฒนสาร. (2555). การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 26(2), 1-15.
ขจิรัตน์ ปริกเอโก, เบญจมาศ พงกษณานนท์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, ชาลิมาศ ดันสุเทพวิรวงศ์, และ ประณิด ชุ่มพุทรา. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.
ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิภา จิระแพทย์, และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 52-65.
ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข, และ ศุภรใจ เจริญสุข. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2*. โครงการสวัสดิการทางวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. ชิดชนก โอภาสวัฒนา. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเสี่ยงรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
ธนา นิลชัยโกวิท, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นออนงค์, และ พิเชฐ อุดมรัตน์. (ม.ป.ป.). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. บริษัท แจนเซน-ซีแอล จำกัด.
นันทวัช ลิทธิรักษ์, กมลเนตร วรณเสวก, กมลพร วรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาภิรมย์, สุพร อภินันทเวช, และ พนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
นุสรา นามเดช, ดวงดาว อุบลรัมย์, และ นงการ รางแดง. (2565). ปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(2), 1-15.
ปาทานนท์ ขวัญสนิท และ มานิต ศรีสุรภานนท์. (2561). ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาเพื่อคำนวณภาระโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(1), 50-62.
ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2563). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ดีไซน์ ปรีนทร์มีเดีย จำกัด.

- พิชามญช์ อินทพุด. (2564). การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช. วนิดาการพิมพ์.
- ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ. (2560). การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. สมาร์ท โคตดิ่ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
- มันชนา กิตติพิรัช, ปัทมา ศิริเวช, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, และ วีร์ เมฆวิสัย. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์) (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท วิกทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4).
- ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องศิริมาศ, และ อติศยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2559). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ *Psychiatric Nursing*. ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2565, มกราคม). รายงานสถิติประจำปี 2564 โรงพยาบาลศรีธัญญา. <https://www.srithanya.go.th/index.php/th/2014-06-16-06-54-11>
- วไลลักษณ์ พุ่มพวง. (2565). การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช *Psychiatric nursing practice*. ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรินทร์ วุฒิธฤต. (2560). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 1-12.
- ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และ ขนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(2), 68-76.
- ศิรินันท์ ลีทองคำ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. *วารสารพยาบาลทหารบก [ฉบับพิเศษ]*, 19, 459-467.
- ศิริลักษณ์ ประม. (2561). ผลของโปรแกรมทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/61274/1/5874070230.pdf>
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). ตำราจิตเวชศาสตร์ ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V (พิมพ์ครั้งที่ 10). โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สายฝน เอกวางกูร. (2563). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 6) สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สาวณี คลังคา, ลัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล, และ อรุณณิ ใจเที่ยง. (2565). การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 31-41.
- สินีย์ ประเสริฐยศ, วันดี สุทธรัมย์, และ ฉนวนศรี อินทนนท์. (2558). ความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 101-118.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโสทร, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, สุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และ วีร์ เมฆวิสัย. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท วิกทอเรียอิมเมจ.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อุษา ล้มซั่ว, และ สุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (*Acute Care*) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1, M2) ฉบับทดลองใช้. บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- หงษ์ บันเทิงสุข และ จินตนา ชูนิพันธุ์. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/10438/1/Hong.pdf>

- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 5). บริษัท. พรินท์ (1991) จำกัด.
- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทร, และ วาวิรัตน์ ถาน้อย. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอกอุมา อิมคำ. (2564). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: การประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Black, D.W. (2020). Negative symptoms of schizophrenia: An update. *Current Psychiatry*, 19(10), 24-25,30-33,53.
- Cerveri, G., Gesi, C., & Mencacci, C. (2019). Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia: update and proposal of a clinical algorithm. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 1525–1535.
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519-534.
- Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clinical psychology review*, 33(8), 914–928.
- Galderisi, S., Mucci, A., Dollfus, S., Nordentoft, M., Falkai, P., Kaiser, S., Giordano, G. M., Vandevelde, A., Nielsen, M. Ø., Glenthøj, L. B., Sabé, M., Pezzella, P., Bitter, I., & Gaebel, W. (2021). EPA guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry*, 64(1), 1-23.
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Clasification, 2021-2023* (12th ed), Wiley Blackwell, Oxford.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261–276.
- Marder, S. R., & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), 14–24.
- Phillips, M. R. (1996). Reliability of the SANS. *The American journal of psychiatry*, 153(1), 138–139.
- Pothimas, N., Tungpunkom, P., Kanungpiarn, T., & Hannes, K. (2021). Experiences of Medication Adherence Among People with Schizophrenia: A Qualitative Systematic Review. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(2), 229–241.
- Sicras-Mainar, A., Maurino, J., Ruiz-Beato, E., & Navarro-Artieda, R. (2014). Impact of negative symptoms on healthcare resource utilization and associated costs in adult outpatients with schizophrenia: a population-based study. *BMC psychiatry*, 14, 225.
- Varcarolis E. M. (2015). *Manual of psychiatric nursing care planning: assessment guides diagnoses Psychopharmacology* (5th ed.). Elsevier.
- World Health Organization. (2022, January 10). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>