



The Role of Psychiatric Nurses in Promoting Resilience Among Caregivers of Individuals with Dementia

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล
ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

Chalinee	Suvanayos*	ชาลิณี	สุวรรณยศ*
Woraset	Watchararotchanasakul**	วรเศรษฐ์	วัชรโรจนสกุล**
Suwit	Inthong***	สุวิทย์	อินทอง***

Abstract

Dementia is a progressive neurodegenerative condition characterized by a decline in cognitive function, memory, emotion, behavior, and the ability to perform activities of daily living. Family caregivers of people with dementia, particularly those caring for individuals who exhibit behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), such as aggression, irritability, wandering, or delusions, often experience substantial stress, caregiver burden, and psychological distress. Promoting resilience is therefore considered a key mechanism that enables caregivers to adapt to stressful caregiving situations, restore psychological well-being, and maintain sustainable mental health. According to Grotberg's resilience framework, resilience comprises three fundamental components: "I have," "I am," and "I can." These components serve as protective factors that strengthen caregivers' ability to cope effectively with caregiving-related stress.

Psychiatric nurses play a pivotal role in integrating resilience into the psychiatric nursing process through comprehensive assessment, nursing diagnosis and planning, implementation of nursing interventions, and evaluation of outcomes. In addition, psychiatric nursing practice encompasses four essential dimensions: health promotion, prevention, therapeutic intervention, and rehabilitation, all of which contribute to strengthening caregivers' resilience. Nursing interventions aimed at enhancing resilience help caregivers adapt more effectively to caregiving-related stress, reduce caregiver burden, improve their capacity to manage the behavioral and psychological symptoms of dementia, and ultimately enhance the quality of life of both caregivers and people living with dementia. Furthermore, these interventions foster caregivers' recognition of their own strengths and self-worth, strengthen social support networks, and develop constructive problem-solving skills. Consequently, caregivers experience reduced stress, greater psychological resilience, enhanced emotional well-being, and improved overall quality of life.

Keywords: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD); Caregiver; Dementia; Psychiatric nursing; Resilience

* Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th

** Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 2 March 2026; Revised 3 July 2026; Accepted 28 July 2026



บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะเสื่อมถอยของสมองที่ส่งผลต่อการคิด ความจำ อารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ เช่น ความก้าวร้าว หงุดหงิด เดินไปมาไม่หยุด หรือหลงผิด มักเผชิญกับความเครียด ภาระการดูแล และผลกระทบทางจิตใจอย่างมาก การส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด พ้นพหุพลังใจ และดำรงสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน โดยแนวคิดของ กรอทเบอร์เกอร์ อธิบายองค์ประกอบของ ความเข้มแข็งในชีวิตว่า ประกอบด้วย “สิ่งที่ตนมี” “สิ่งที่ตนเป็น” และ “สิ่งที่ตนสามารถทำได้” ซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยปกป้อง ที่ช่วยให้ผู้ดูแลรับมือกับภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิตเข้ากับกระบวนการพยาบาลจิตเวช โดยครอบคลุมการประเมิน การวางแผน การดำเนินการพยาบาล และการประเมินผล ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลใน 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล การพยาบาลที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลได้ดียิ่งขึ้น ลดภาระของผู้ดูแล เพิ่มขีดความสามารถในการรับมือกับอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และท้ายที่สุด คือ ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ การดำเนินการดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักรู้ในคุณค่าและศักยภาพของตนเอง มีเครือข่ายสนับสนุนที่มั่นคง และมีทักษะในการจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง มีความเข้มแข็งในชีวิตมากขึ้น มีสุขภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแล ภาวะสมองเสื่อม พยาบาลจิตเวช ความเข้มแข็งในชีวิต

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: chaline.s@cmu.ac.th

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



บทนำ

ในปัจจุบัน จำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 55 ล้านคน และตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 1 คนในทุก ๆ 3 วินาที (หรือประมาณ 10 ล้านคนต่อปี) ทั้งนี้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 82 ล้านคน ในปี 2030 และอาจพุ่งสูงถึง 152 ล้านคน ในปี 2050 ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อการดูแลและระบบสาธารณสุขทั่วโลก (Alzheimer's Association, 2024; World Health Organization [WHO], 2026) ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดการบกพร่องด้านความคิด ความจำ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการทางระบบประสาทที่สำคัญซึ่งสร้างความท้าทายอย่างมากในการดูแล คือ ปัญหาด้านการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 90 ตลอดการดำเนินโรค โดยเฉพาะในผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มพบบ่อยและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุประมาณ 75–85 ปีขึ้นไป) รวมทั้งในระยะกลางถึงระยะรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้การดูแลและความเครียดของผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (James et al., 2022; Umpimai et al., 2025)

ปัญหาด้านการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (BPSD) แบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการหลัก (Hatch et al., 2025) ได้แก่ กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (mood symptoms) เช่น อารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย กลุ่มอาการโรคจิต (psychotic symptoms) เช่น ประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด กลุ่มอาการ vegetative เช่น รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เดินไปมาไม่มีจุดหมาย และกลุ่มอาการอื่น ๆ เช่น ความก้าวร้าวทางกายและวาจา เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคถดถอยลงอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือและจัดการกับอาการเหล่านี้ในระยะยาว ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Tan et al., 2023; WHO, 2026)

ญาติผู้ดูแล (family caregiver) ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา หรือบุตร มักต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินว่าผู้ดูแลใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 21.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือบางรายต้องดูแลมากถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ มีความเสี่ยงต่อความเครียดเรื้อรัง และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจอย่างมีนัยสำคัญ ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต (resilience) จึงถูกพิจารณาว่าเป็น “ปัจจัยปกป้อง” (protective factor) ที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์และปรับตัวเชิงบวกต่อสภาวะกดดัน ลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพทางจิตที่ดีในระยะยาว (McKenna et al., 2022; Tan et al., 2023)

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ

กลุ่มอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ซึ่งพบถึงร้อยละ 90 (James et al., 2022; Umpimai et al., 2025) ถูกแบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการ (Hatch et al., 2025; Syawaliala et al., 2025) ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (mood symptoms) ได้แก่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาจส่งผลให้เกิดการทะเลาะกับญาติผู้ดูแล จนเกิดการทำลายสิ่งของหรือทำร้ายร่างกายเกิดขึ้นได้ บางครั้งมีอาการซึมเศร้า (depression) หรือไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่สนใจการทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำ (apathy) บางรายมักจะกังวลเรื่องกลัวการถูกทอดทิ้ง อาการในด้านอารมณ์นี้ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องคอยสอดส่องดูแลอยู่ตลอด เพราะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเอง หากรุนแรงมากอาจส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

2. กลุ่มอาการโรคจิต (psychotic symptoms) ได้แก่ อาการประสาทหลอน (hallucination) คือ ประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) และประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) โดยประสาทหลอนทางตาที่พบมากที่สุด คือ เห็นมีบุคคลแปลกหน้าเข้ามาอยู่ในบ้านของตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความหวาดกลัว ตกใจ เกิดการถกเถียง ทะเลาะกับญาติผู้ดูแล กระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วยจนเกิดการแสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ส่วนอาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดที่พบบ่อย และเกิดปัญหาในครอบครัว คือ หลงผิดคิดว่าคนในบ้านขโมยของ โดยเฉพาะเงิน สิ่งนี้อาจส่งผลทำให้เกิดการทะเลาะกัน จนทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ในการดูแล ผิดหวังจากการดูแล น้อยใจในคำพูดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและอาจเกิดการละทิ้งการดูแลได้

3. กลุ่มอาการ vegetative (vegetative symptoms) ได้แก่ ความผิดปกติ ด้านอารมณ์ อาการโรคจิต ความผิดปกติของพฤติกรรมนอน และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งตรงปัจจัยที่เพิ่มภาระและความเครียดของผู้ดูแล

4. กลุ่มอาการอื่น ๆ (other symptoms) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ อาการก้าวร้าวทางกายและทางวาจา (physical and verbal aggression) เช่น การขว้างปาสิ่งของ กัดหรือบ้วนน้ำลายทิ้งเรื้อรัง พูดคำหยาบคาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงจากดีเป็นร้ายอย่างรวดเร็ว มีพฤติกรรมชอบโต้เถียงญาติผู้ดูแลขาดความยับยั้งชั่งใจ (irritability and disinhibition) บางรายมีพฤติกรรมใช้อาวุธวะเพศหรือนำอาวุธวะเพศสัมผัสผู้อื่นจนอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางกฎหมายตามมาได้ เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ เช่น ความก้าวร้าว หงุดหงิด เดินไปมาไม่หยุด พูดซ้ำ หรือหลงผิด มักทำให้ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดอย่างมาก เนื่องจากต้องคอยเฝ้าระวัง และจัดการพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลมักรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดการพักผ่อน และไม่มีเวลาส่วนตัว บางครั้งสถานการณ์ที่ซับซ้อนยังนำไปสู่ความขัดแย้งในครอบครัว เพราะมีความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการดูแล ผู้ดูแลจำนวนมากอาจขาดการสนับสนุนทางสังคมและรู้สึกโดดเดี่ยว เมื่อประเมินสถานการณ์ว่าควบคุมไม่ได้และเกินกำลัง ความเครียดจึงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ หากไม่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

แนวคิดเรื่องความเครียด

ตามแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ญาติผู้ดูแลจะเกิดความเครียดเมื่อประเมินสถานการณ์การดูแลแล้วพบว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดการคุกคาม เป็นอันตรายต่อตนเอง หรือเกินกว่าแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (เกินกำลัง) ที่จะสามารถจัดการได้ การประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินความรุนแรงและความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลโดยที่มีการประเมินว่าตนเองนั้นมีส่วนได้ส่วนเสียกับสถานการณ์ดังกล่าวหรือไม่ ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) คือ เป็นการประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับตนเองเลยทั้งสิ้น หรือไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตนเองแต่อย่างใด

1.2 มีผลทางบวกต่อตนเอง (benign positive) คือ เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นไปในทางที่ดีต่อตนเองหรือเป็นผลต่อสวัสดิภาพของตนเองโดยไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวหรือจัดการกับสถานการณ์นั้นเลย มีผลทำให้เกิดความผาสุกกับตนเอง เกิดขวัญกำลังใจ เกิดความพึงพอใจในชีวิต (moral or life satisfaction)

1.3 ทำให้เกิดความเครียด (stressful) คือ เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นที่เข้ามาคุกคามหรือเข้ามาระทบนั้นจำเป็นต้องมีการดึงเอาแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่เต็ม

ความสามารถของตนเอง ซึ่งการประเมินว่าทำให้เกิดความเครียดนี้มี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm & loss) เป็นการที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีผล
ทำให้ตนเองเกิดความเสียหายหรือไม่ เช่น การเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเอง สังคม สิ่งแวดล้อมหรือการ
สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

1.3.2 คุกคาม (threat) เป็นการประเมินสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะ
ตามมาซึ่งจะทำให้เกิดความซับซ้อน ยุ่งยาก และเกิดความยากลำบากเกิดขึ้น

1.3.3 ท้าทาย (challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าสถานการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย แต่ว่า
บุคคลมีวิธีการจัดการหรือวิธีการที่จะสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทำให้มีกำลังใจที่ดีขึ้น เกิดแนวโน้มของการ
พัฒนาสำหรับบุคคลเกิดขึ้นในทางที่ดีที่เป็นประโยชน์มากกว่าโทษ เกิดความพึงพอใจ รู้สึกว่าน่าสนใจ ร่าเริง
ตื่นเต้น กระตือรือร้น ซึ่งการประเมินในลักษณะเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm & loss) และคุกคาม (threat) จะ
มีอารมณ์ที่บุคคลแสดงออกมาในด้านลบ ได้แก่ ความกลัว ความกังวลใจ ความโกรธ ไม่สุขสบายใจ ขุ่นเคือง ไม่
พึงพอใจ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการประเมินค่าทางปัญญาในขั้นปฐมภูมินี้ เป็นการประเมินผลที่จะเกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่เข้า
มากระทบหรือคุกคามว่าจะมีผลต่อตนเองอย่างไรบ้าง มีการประเมินว่าสถานการณ์ใดที่บุคคลจะรับรู้ว่ามี
เกี่ยวข้องกับตนเองหรือเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี ไม่ก่อให้เกิดความเครียด แต่หากสถานการณ์ใดที่คุกคาม
เป็นอันตราย ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดขึ้นได้

2. ขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ทางเลือกที่บุคคลจะ
สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ โดยที่บุคคลจะต้องใช้สติปัญญาของตนเอง ความรู้ รวมถึงประสบการณ์ หาก
บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ก็จะทำให้ไม่เกิดความเครียดขึ้น แต่หากว่าไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์
นั้นได้ จะส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้น

3. ขั้นการประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลใหม่จากสิ่งแวดล้อม ซึ่ง
การประเมินนี้จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจากการเชื่อมโยงหรือมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างคนกับสิ่ง-
แวดล้อม เมื่อมีการประเมินผ่านขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิแล้ว ในการพยายามจัดการกับปัญหานั้น ๆ หรือ
สถานการณ์ที่เข้ามาคุกคาม จึงมีการเสาะหาข้อมูลใหม่ ๆ และมีการประเมินใหม่อย่างต่อเนื่องกันเป็นขั้นตอนและ
เป็นวงจร

ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลเผชิญผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและอาการหลงผิด โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะ
กลางมีอาการหลงผิดว่าบุตรสาวขโมยเงินและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกนด่าทอและพยายามทำร้ายร่างกาย
ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรสาว ทำให้ต้องเฝ้าระวังตลอดทั้งวันจนไม่สามารถพักผ่อนได้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ซ้ำหลายครั้ง
ผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นภัยคุกคาม (threat) และเกินกว่าศักยภาพของตนในการจัดการ จึงเกิด
ความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกหมดหวังพยาบาลจิตเวชจึงประเมินระดับความเครียด ภาวะการดูแล
และความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล และควรส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตในผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเปลี่ยนการรับรู้จาก
“ภัยคุกคาม” เป็น “ความท้าทาย” สามารถเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาเชิงบวก ลดความเครียด และลดความเสี่ยงต่อ
ภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ความเข้มแข็งในชีวิตทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้อง
ที่ช่วยลดภาวะการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Watcharotchanasakul, 2024)

ดังนั้นตามแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดไม่ได้เกิดขึ้น
จากเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามโดยตรง แต่เกิดจากกระบวนการประเมินทางปัญญา (cognitive appraisal) ของ
บุคคลต่อสถานการณ์ที่เผชิญ หากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตราย คุกคาม หรือเกินกว่าทรัพยากรที่
ตนเองมีอยู่ในการจัดการ จะเกิดการตอบสนองต่อความเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ในทางตรงกันข้าม



หากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ดังกล่าวสามารถควบคุมหรือจัดการได้ ความเครียดจะลดลง แม้ต้องเผชิญกับสถานการณ์เดียวกัน ในบริบทของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความก้าวร้าว อาการหลงผิด การเดินไปมาไม่หยุด การนอนผิดปกติ และพฤติกรรมซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและยากต่อการคาดการณ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภาระ เป็นภัยคุกคาม หรือเกินกว่าศักยภาพของตนในการจัดการ จึงนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง และหากเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องอาจพัฒนาเป็นความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดไฟในการดูแล (caregiver burnout) และคุณภาพชีวิตที่ลดลง

การส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต จึงช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้สถานการณ์อย่างมีสติ มองปัญหาเป็นความท้าทาย และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว พึ่งพาพลังใจ และรักษาสมดุลทางอารมณ์ได้อย่างยั่งยืน ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้การประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ทรัพยากรส่วนบุคคล เช่น ความรู้ ประสบการณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความเข้มแข็งในชีวิต ทรัพยากรทางสังคม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนลักษณะของสิ่งคุกคาม เช่น ความรุนแรง ความไม่แน่นอน และความต่อเนื่องของอาการ ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งประสบการณ์และวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเคยใช้มาก่อน ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นความท้าทายที่สามารถจัดการได้ (Lazarus & Folkman, 1984; Maqsood et al., 2024)

แนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต

ความเข้มแข็งในชีวิต (resilience) หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของแต่ละบุคคลที่ใช้ในการยืนหยัดได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต เพื่อช่วยให้เกิดการฟื้นฟู เยียวยาทางจิตใจ และฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ความเข้มแข็งในชีวิตถือเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ในทุกช่วงวัย ตามกรอบแนวคิดของ กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) องค์ประกอบของความเข้มแข็งในชีวิตประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1. สิ่งที่มี (I have) หมายถึง แหล่งสนับสนุนและทรัพยากรภายนอกบุคคล ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่มั่นคงอบอุ่น การมีผู้พร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนอยู่เสมอ และการได้รับบริการสวัสดิการทางสังคมที่จำเป็น
2. สิ่งที่เป็น (I am) หมายถึง คุณลักษณะภายในตนเองที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจและคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การเข้าใจความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง การมีทัศนคติที่สำคัญในการแสดงความห่วงใยผู้อื่น ความภาคภูมิใจในตนเอง และความเชื่อว่าชีวิตยังมี ความหวัง อยู่เสมอ
3. สิ่งที่ทำได้ (I can) หมายถึง ทักษะและความสามารถในการจัดการปัญหา ได้แก่ การสามารถเล่าความรู้สึกในใจของตนเองให้ผู้อื่นรับฟัง การหาทางออกหรือมีวิธีจัดการปัญหาที่เหมาะสมความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และความสามารถในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ

กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) กล่าวว่า ประโยชน์ของการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตเป็นการสร้างเสริมและพัฒนาความคิดพฤติกรรมอันพึงประสงค์ และส่งเสริมให้ตนเองนั้นรับรู้ในสิ่งที่เหมาะสมด้วยความเชื่อว่า

1. ตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ มีความมั่นคงทางจิตใจ เชื่อว่าตนเองนั้นมีคุณค่าและมีความสามารถในตนเองที่จะสามารถควบคุมและจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
2. ตนเองมีความสำคัญและมีความหมาย รวมถึงเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มหรือสังคมที่แวดล้อมตนเอง
3. มีพลังอำนาจ มีความสามารถในการควบคุมหรือแก้ไขสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองได้เสมอ



ความเข้มแข็งในชีวิต เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่ผู้ดูแลจะนำมาใช้ในการประเมินในขั้นสุดท้าย โดยองค์ประกอบทั้งสามนี้ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ หรือความไม่แน่นอนของโรค (Tan et al., 2023) ซึ่งหากผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในชีวิตสูง จะส่งผลให้การประเมินสถานการณ์ว่าไม่เป็นอันตราย ไม่คุกคาม หรือสามารถจัดการได้ ทำให้ความเครียดลดลง

ความสำคัญของความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความเข้มแข็งในชีวิตมีความสำคัญในฐานะ “ปัจจัยปกป้อง” (protective factor) ที่ช่วยลดผลกระทบเชิงลบจากความเครียด (Kummabutr et al., 2025; Rohayati & Pradana, 2025) โดยงานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในชีวิตสูงจะมีระดับความเครียดและความซึมเศร้าน้อยกว่า และสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี (Herrero & Díaz, 2025) นอกจากนี้ ความเข้มแข็งในชีวิตยังช่วยให้ผู้ดูแลมองสถานการณ์อย่างเป็นบวก มีการประเมินปัญหาอย่างเหมาะสม และเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาที่สร้างสรรค์ (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งทางกายและใจ เช่น การดูแลต่อเนื่อง การสูญเสียบทบาทส่วนตัว และความขัดแย้งในครอบครัว หากขาดกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต ความเข้มแข็งในชีวิตจึงทำหน้าที่เป็น “ปัจจัยปกป้อง” ที่ช่วยลดผลกระทบด้านลบ และเพิ่มความสามารถในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

การมีความเข้มแข็งในชีวิต เปรียบเสมือนเกราะป้องกันทางจิตใจที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเกิดการปรับตัวเชิงบวก (positive adaptation) ต่อสภาวะกดดันจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความเข้มแข็งในชีวิต จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ยืดหยุ่น (cognitive flexibility) สามารถมองเห็นแง่มุมของการเรียนรู้หรือการเติบโตท่ามกลางวิกฤต แทนที่จะมองว่าเป็นเพียงภาระที่บั่นทอนสุขภาพ นอกจากนี้ความเข้มแข็งในชีวิต ยังเป็นกลไกสำคัญในการฟื้นฟูสมดุลทางอารมณ์ (emotional recovery) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบ เช่น ความโกรธ ความเศร้า หรือความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ และสามารถกลับคืนสู่สภาวะจิตใจที่ปกติได้รวดเร็วขึ้น (McKenna et al., 2022) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสภาวะทางจิตที่ดี (psychological well-being) ลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (burnout) และสามารถดำรงบทบาทการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตในผู้ดูแล

พยาบาลจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตในผู้ดูแล เนื่องจากเป็นปัจจัยปกป้องและลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มมีข้อดี คือ ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสวงหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน และการประคับประคองจิตใจระหว่างสมาชิก การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เป็นภาระที่ส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อจิตใจของผู้ดูแล ทั้งด้านความเครียด ความเหนื่อยล้า และความรู้สึกหมดพลัง พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว ฟื้นฟูพลังใจ และดำรงสุขภาพจิตที่ดีในระยะยาว (Suvanayos, 2025)

การส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบตามลำดับขั้นของความรุนแรงของโรคหรือปัญหา โดยพยาบาลจิตเวชใช้กระบวนการดูแลที่สอดคล้องกับแต่ละระยะ ตั้งแต่ระยะแรก ระยะกลาง ไปจนถึงระยะรุนแรง ดังนั้นเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระยะของภาวะสมองเสื่อม บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต (Suvanayos, 2025) ดังตารางที่ 1 ดังนี้



The Role of Psychiatric Nurses in Promoting Resilience Among Caregivers of Individuals with Dementia

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล
ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแลตามระยะของภาวะสมองเสื่อม

ระยะของภาวะ สมองเสื่อม	ลักษณะ BPSD ที่ สำคัญ	ความเครียดของ ผู้ดูแล	บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความ เข้มแข็งในชีวิต (I am, I have, I can)
1. ระยะแรก (early stage)	หลงลืม พุดซ้ำ อารมณ์เปลี่ยนแปลง ง่าย บกพร่องการ ตัดสินใจ ทำร้ายร่างกายตนเอง	ความไม่แน่ใจใน สถานการณ์ (novelty/event uncertainty)	- I have: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนิน โรค และอาการทางพฤติกรรม อารมณ์ และ จิตใจ (BPSD) เพื่อลดความไม่แน่นอนและ เตรียมความพร้อมในการดูแล - I am: เสริมสร้างความเชื่อมั่นและการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ว่ามี ศักยภาพในการเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม - I can: ฝึกทักษะการสังเกตอาการเริ่มต้น ของ BPSD การแก้ปัญหาเบื้องต้น และการ แสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ เกินศักยภาพของตน
2. ระยะกลาง (moderate stage)	เดินหลงทาง หงุดหงิด/ก้าวร้าว รุนแรงขึ้น การ สื่อสารลดลง อาการหลงผิด หวาดระแวง	ความเครียดสูงจาก การเผชิญ BPSD ที่ คาดเดาไม่ได้ ความ ขัดแย้งในครอบครัว	- I have: เชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น สมาชิกครอบครัว กลุ่มผู้ดูแล อาสาสมัคร และทีมสหวิชาชีพ I can: ฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้ที่มีอาการ BPSD เช่น การใช้คำพูดสั้น ชัดเจน การ เบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) และการ ยืนยันความรู้สึก (validation)
3. ระยะรุนแรง (severe stage)	นอนติดเตียง ปัญหา การนอนหลับ กลางคืน ชั่วติด กลืน ลำบาก	ภาระการดูแลสูงมาก (objective burden) ความเหนื่อยหน่าย ความซึมเศร้า	- I have: ประสานทีมสหวิชาชีพ ทีมการดูแล แบบประคับประคอง (palliative care) และ เครือข่ายครอบครัว เพื่อแบ่งเบาภาระและ สนับสนุนการตัดสินใจร่วมกัน - I am: เสริมสร้างความหวังที่ตั้งอยู่บนความ เป็นจริง (realistic hope) และความเชื่อมั่น ว่าตนเองสามารถปรับตัวและก้าวผ่านวิกฤต ของการดูแลได้ - I can: ส่งเสริมการดูแลตนเอง การขอความ ช่วยเหลือ และการวางแผนการดูแลระยะท้าย ของชีวิตร่วมกับทีมสุขภาพ



หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (psychoeducation) ร่วมกับการฝึกทักษะการสื่อสารและการเผชิญปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยลดความไม่แน่นอน เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดเมื่อโรครุนแรงไปในแต่ละระยะ (Duangjina et al., 2025; McKenna et al., 2022; Teahan et al., 2018)

การบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เข้ากับกระบวนการพยาบาลจิตเวช

ในปัจจุบัน พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลบุคคลที่เผชิญความเครียดและปัญหาทางจิตใจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมักประสบภาวะเครียดเรื้อรัง ความเหนื่อยล้า และการหมดไฟทางอารมณ์ การส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้มีความเข้มแข็งในชีวิต จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้สามารถฟื้นตัวจากสถานการณ์ยากลำบากและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิตเข้ากับกระบวนการพยาบาลจิตเวช ช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบการประเมิน วางแผน ดูแล และติดตามผลอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมพลังทางจิตใจ และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Duangjina et al., 2025; Kocabaş et al., 2025) มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมิน (assessment)

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการประเมินความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหา และระดับความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ควบคู่กับการสัมภาษณ์ เพื่อให้เข้าใจบริบทครอบครัวและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความเข้มแข็งในชีวิต

2. การวางแผนการพยาบาล (planning) การวางแผนมุ่งเน้นการส่งเสริมตามองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ของความเข้มแข็งในชีวิต ได้แก่

2.1 เสริม "I am" ด้วยการสร้างความภาคภูมิใจและสะท้อนคุณค่าในบทบาทผู้ดูแล

2.2 เสริม "I have" ด้วยการจัดหาเครือข่ายทางสังคมและกลุ่มสนับสนุน (Support groups)

2.3 เสริม "I can" ด้วยการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารและการแก้ปัญหา

3. การดำเนินการพยาบาล (implementation) พยาบาลจิตเวชสามารถจัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น การให้การปรึกษา (counseling) การฝึกสติและสมาธิ (mindfulness) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skills training) กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (support groups) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงศักยภาพในตนเอง เรียนรู้วิธีเผชิญความเครียดและบริหารจัดการกับอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Herrero & Diaz, 2025; Teahan et al., 2018)

4. การติดตามและประเมินผล (evaluation)

พยาบาลจิตเวชต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต ระดับความเครียด และความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการลดความเครียดและการปรับตัวของผู้ดูแล รวมทั้งสามารถปรับแผนการช่วยเหลือให้เหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลจิตเวช ต้องมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน เช่น โปรแกรมชุมชนเพื่อผู้ดูแล (Caregiver Support Program) ซึ่งจะช่วยเสริมความเข้มแข็งในชีวิต ในระดับบุคคลและครอบครัว (Umpimai et al., 2025)

ดังนั้นการบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เข้าสู่กระบวนการพยาบาลจิตเวช มิใช่เพียงการประคับประคองทางจิตใจทั่วไป แต่เป็นการมุ่งเน้นโดยเน้นการเสริมทั้ง 3 มิติของความเข้มแข็งในชีวิต ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อกระบวนการประเมินความเครียด (cognitive appraisal) โดยช่วยให้ผู้ดูแลเปลี่ยนมุมมองต่ออาการของปัญหา

พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ที่รุนแรงในแต่ละระยะของโรค จากเดิมที่เคยมองว่าเป็นภาวะคุกคามที่ควบคุมไม่ได้ (threat) ให้กลายเป็นสถานการณ์ที่สามารถเผชิญหน้าและจัดการได้ (challenge) กลไกการปรับตัวเชิงบวกนี้จะช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) ป้องกันการเกิดภาวะทางจิตเวชแทรกซ้อน เช่น โรคซึมเศร้าหรือภาวะหมดไฟ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและส่งเสริมการดูแลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน (Suvanayos, 2025; Watcharotchanasakul et al., 2024)

การวิเคราะห์และสังเคราะห์บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต

แนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เป็นกระบวนการทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถฟื้นตัวจากความเครียด ความสูญเสีย หรือภาวะวิกฤต และปรับตัวเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ซึ่งต้องเผชิญกับภาวะเครียดเรื้อรัง อารมณ์แปรปรวน และความรู้สึกหมดหวัง

การวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลจิตเวชสามารถแบ่งออกเป็น 4 มิติ ดังนี้

1. มิติการส่งเสริม (promotion) เพื่อเสริมสร้างพลังใจ (empowerment) และสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่ยั่งยืน แนวทางและตัวอย่างการพยาบาล เช่น (1) การเสริมพลัง "I am": ส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง เช่น การสะท้อนบทบาทสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว (2) การเสริมพลัง "I have": จัดตั้งกลุ่มสนับสนุน (support group) ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (3) การเสริมพลัง "I can": จัดอบรมทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ และทักษะการควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้ยังควรประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ: เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายช่วยเหลือในระยะยาว ตัวอย่างเช่น พยาบาลจิตเวชใช้โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตต่อความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Watcharotchanasakul et al., 2024) นอกจากนี้พยาบาลจิตเวทยังจัดโครงการ "Caregiver Empowerment Program" ที่รวมกิจกรรมให้ความรู้ ฝึกสติ และกลุ่มแบ่งปันประสบการณ์ในชุมชน เพื่อสร้างพลังใจและเครือข่ายสนับสนุนถาวร

2. มิติการป้องกัน (preventive) เพื่อป้องกันผลกระทบทางจิตใจจากความเครียดเรื้อรังที่เกิดจาก BPSD และลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหรือภาวะหมดไฟของผู้ดูแล (Syawalia et al., 2025) โดยมีแนวทางและตัวอย่างการพยาบาล คือ (1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงทางจิตใจ ได้แก่ การใช้แบบประเมิน เช่น Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) และแบบประเมินความเครียด (Perceived Stress Scale) เพื่อคัดกรองผู้ดูแลที่มีความเสี่ยง (2) การให้ความรู้ (Psychoeducation) ได้แก่ การอธิบายลักษณะของอาการ BPSD และวิธีรับมือ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัยเพื่อลดพฤติกรรมเดินไปมาไม่หยุด หรือวิธีสื่อสารที่ลดความก้าวร้าวของผู้ป่วย (3) การส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-care plan) และนันทนาการบำบัด เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกายเบา ๆ และการพักผ่อนที่เพียงพอ ตัวอย่างการป้องกัน พยาบาลจิตเวชสอนผู้ดูแลให้สังเกตอารมณ์ของตนเอง และบันทึกความเครียดประจำวัน เพื่อวางแผนปรับพฤติกรรมก่อนเกิด burnout

3. มิติการบำบัดรักษา (therapeutic) เพื่อฟื้นฟูพลังใจและความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัดเพื่อฟื้นฟูพลังใจ (Syawalia et al., 2025) ตัวอย่างเช่น การให้การปรึกษาเชิงบวก (positive counseling) ช่วยให้ผู้ดูแลมองเห็นคุณค่าของตนเอง และเน้นจุดแข็งที่มีอยู่ เช่น “แม้เหนื่อยแต่คุณก็ยังใส่ใจและทำดีที่สุด” หรือการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ช่วยปรับความคิดเชิงลบ เช่น จาก “ฉันล้มเหลว” เป็น “ฉันกำลังเรียนรู้วิธีดูแลที่ดีขึ้น” และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (problem-solving training) ฝึกให้ผู้ดูแลวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน และเลือกวิธีตอบสนองอย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น พยาบาลจิตเวชจัดกลุ่มบำบัดรายสัปดาห์ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อม ร่วมกัน



แบ่งปันประสบการณ์ และเรียนรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมหงุดหงิดของผู้ป่วยโดยไม่โต้ตอบทางลบ

4. มิติการฟื้นฟู (rehabilitation) ส่งเสริมการฟื้นฟูทางอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลหลังผ่านช่วงวิกฤตหรือหลังเกิดภาวะหมดไฟ เพื่อกลับมาใช้ชีวิตที่มีความหวัง เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (psychosocial rehabilitation) ผ่านกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน งานอาสา หรือการเรียนรู้ทักษะใหม่ หรือการบำบัดด้วยศิลปะ/ดนตรี (art/music therapy) ช่วยคลายความเครียดและค้นหาความสุข และการฟื้นฟูแรงจูงใจ (motivational interviewing) ช่วยผู้ดูแลตั้งเป้าหมายใหม่และมองเห็นคุณค่าของตนเอง นอกจากนี้ควรต้องมีการติดตามและประเมินซ้ำ เพื่อความต่อเนื่องของการฟื้นฟูทางจิตใจ และป้องกันการกลับเข้าสู่ภาวะเครียดซ้ำ ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการบำบัดด้วยศิลปะ ร่วมกับเพื่อนที่เป็นผู้ดูแล และเริ่มกลับมาเข้าร่วมกิจกรรมสังคม เช่น การเป็นวิทยากรแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้ดูแลรายใหม่ ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจและแรงบันดาลใจในการดูแลต่อ

สรุปการสังเคราะห์ภาพรวม จากการวิเคราะห์ทั้ง 4 มิติ พบว่า แนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เป็น “กรอบแนวคิดบำบัดเชิงบวก (Positive Therapeutic Framework)” ที่พยาบาลจิตเวชสามารถใช้ร่วมกับทฤษฎีสุขภาพจิต เช่น Cognitive Behavioral Theory (เพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม) Psychosocial Rehabilitation Model (เพื่อฟื้นฟูพลังจิตใจและสังคม) ทำให้สามารถพัฒนาในเรื่องการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ดูแลให้เกิดความเข้มแข็งในชีวิต นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชควรบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เข้ากับการพยาบาลจิตเวชเชิงระบบ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในชีวิตให้แก่ผู้ดูแลในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ และการเสริมความเข้มแข็งในชีวิต ควรดำเนินการแบบต่อเนื่อง (continuous empowerment) โดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้นำในกระบวนการดูแลจิตใจผู้ดูแลในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เพื่อสร้างพลังใจ ความหวัง ในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

สรุป

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกและในประเทศไทย ความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลเป็นผลกระทบเชิงลบที่สำคัญ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ที่ทวีความรุนแรงขึ้นตามระยะของโรค จากการนำเสนอตั้งแต่บริบทของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ แนวคิดความเครียดของลาซาร์สและฟอล์คแมน ตลอดจนทฤษฎีความเข้มแข็งในชีวิตของกรอทเบอร์ก บทความนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลต้องเผชิญภาวะกดดันหลายมิติ และพยาบาลจิตเวช มีบทบาทสำคัญ ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การพยาบาล และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ควบคู่กับการดำเนินบทบาทเชิงวิชาชีพใน 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพจิตสังคม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล ลดความเครียดและภาระการดูแล รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวเชิงบวกในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

บทความนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต ตามแนวคิดของ Grotberg ซึ่งประกอบด้วย I have, I am และ I can เข้ากับกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียด



จากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ได้อย่างมีคุณภาพ

2. ด้านการศึกษา บทความนี้สามารถใช้เป็นเอกสารประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมิติ จิตสังคม โดยสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษา (case-based learning) การเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์จำลอง (simulation) การอภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติการให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแล เช่น การจำลอง สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าว หลงผิด หรือเดินหลงทาง เพื่อให้นักศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิด ความเครียดของผู้ดูแล วางแผนการพยาบาล และเลือกกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตได้อย่าง เหมาะสม ซึ่งจะช่วยพัฒนาสมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร และการดูแลแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น

3. ด้านนโยบายสาธารณสุข บทความนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงวิชาการในการพัฒนาระบบบริการดูแล ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยบูรณาการการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตเข้ากับระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เช่น การพัฒนาคลินิกผู้ดูแล (Caregiver Clinic) การจัดตั้งศูนย์ให้ คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแล การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครหรือเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) การประสานความ ร่วมมือระหว่างพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการนำ เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ หรือระบบติดตามสุขภาพจิตของผู้ดูแล มาใช้ในการประเมิน ความเครียด ให้คำแนะนำ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้การเข้าถึงบริการ ลดภาระของครอบครัว และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน

4. ด้านการวิจัย บทความนี้สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการ พยาบาล โดยศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตในรูปแบบต่าง ๆ เช่น โปรแกรมกลุ่ม โปรแกรมออนไลน์ แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ หรือการให้คำปรึกษาทางไกล รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ด้าน ความเครียด ภาระการดูแล ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ตลอดจนติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ต่อไป

References

- Alzheimer's Association. (2024). 2024 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 20(5), 3708–3821. <https://doi.org/10.1002/alz.13809>
- Duangjina, T., Hershberger, P. E., Gruss, V., & Fritschi, C. (2025). Resilience in family caregivers of Asian older people with dementia: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(1), 156–170. <https://doi.org/10.1111/jan.16272>
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard van Leer Foundation.
- Hatch, S., Seitz, D. P., Bruneau, M. A., Ewa, V., Feldman, S., Goldberg, Y., Goodarzi, Z., Herrmann, N., Colborne, D. H., Henri-Bhargava, A., Ismail, Z., Kirkham, J., Kumar, S., Lanctôt, K. L., Thompson, W., Porter, J., & Watt, J. A. (2025). The Canadian coalition for seniors' mental health Canadian clinical practice guidelines for assessing and managing behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Canadian Geriatrics Journal*, 28(1), 91–102. <https://doi.org/10.5770/cgj.28.820>



- Herrero, R., & Díaz, A. (2025). The role of resilience as a buffer for burden and psychological distress in ADS caregivers: A cross-sectional study. *Science*, 7(2), 38. <https://doi.org/10.3390/sci7020038>
- James, I. A., Gray, K., Moniz-Cook, E., Lee, K., Reichelt, K., & Richardson, J. (2022). Behavioural and psychological symptoms of dementia: A new framework for holistic understanding and non-pharmacological management. *BJPsych Advances*, 28(1), 11–20. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.12>
- Kocabaş, D., Karaçar, Y., & Barçın, N. E. (2025). The effect of psychological resilience and self-efficacy on caregiver burden: A cross-sectional study among caregivers of people with Alzheimer's disease. *Nursing Open*, 12(8), e70288. <https://doi.org/10.1002/nop2.70288>
- Kummabutr, J., Buaboon, N., & Kaewsriwong, S. (2025). Factors predicting resilience among caregivers of people with chronic illness: A cross-sectional study of Thai caregivers. *Belitung Nursing Journal*, 11(3), 305–313. <https://doi.org/10.33546/bnj.3711>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Maqsood, A., Gul, S., Noureen, N., & Yaswi, A. (2024). Dynamics of perceived stress, stress appraisal, and coping strategies in an evolving educational landscape. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 14(7), 532. <https://doi.org/10.3390/bs14070532>
- McKenna, O., Fakolade, A., Cardwell, K., Langlois, N., Jiang, K., & Pilutti, L. A. (2022). Towards conceptual convergence: A systematic review of psychological resilience in family caregivers of persons living with chronic neurological conditions. *Health Expectations*, 25(1), 4–37. <https://doi.org/10.1111/hex.13374>
- Rohayati, R., & Pradana, A. A. (2025). Factors associated with resilience family caregiver of patients with dementia. *Journal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 11(1), 72–79. <https://doi.org/10.33755/jkk.v11i1.792>
- Suvanayos, C. (2025). *Psychiatric nursing: People with dementia and their caregivers*. Nantapan Printing.
- Syawalina, A. S., Yulianti, E., Lestari, P., & Widajanti, N. (2025). Resilience among dementia caregivers: A literature review. *International Journal of Scientific Advances*, 6(6), 1203–1208. <https://doi.org/10.51542/ijscia.v6i6.32>
- Tan, K. P., Ang, J. K., Koh, E. B. Y., Pang, N. T. P., & Mat Saher, Z. (2023). Relationship of psychological flexibility and mindfulness to caregiver burden, and depressive and anxiety symptoms in caregivers of people with dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4232. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054232>
- Teahan, Á., Lafferty, A., McAuliffe, E., Phelan, A., O'Sullivan, L., O'Shea, D., & Fealy, G. (2018). Resilience in family caregiving for people with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(12), 1582–1595. <https://doi.org/10.1002/gps.4972>



-
- Umpimai, N., Sangon, S., & Nintachan, P. (2025). Factors influencing psychological distress in caregivers of people with dementia. *Healthcare*, 13(13), 1582. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131582>
- Watchararotchanasakul, W., Suwanayos, C., & Phatarasakul, P. (2024). Effect of the resilience enhancing program on stress among family caregivers of persons with dementia. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 16(2), e271031. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/e271031>
- World Health Organization. (2026). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>