

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง : กรณีศึกษา

ผ่องศรี งามดี¹

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงเป็นโรคจิตเภทที่พบมากที่สุด สถิติโรงพยาบาลขอนแก่นปี 2560-2562 มีจำนวน 175,451,425 คน การบำบัดรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญเพื่อควบคุมอาการด้านบวก ป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยา กรณีศึกษาเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีอาการกำเริบซ้ำ จากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้สุราและยาเสพติด ครอบครัวมีการดูแลที่ไม่ถูกต้อง วัตถุประสงค์ดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากหวาดระแวง ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เสริมสร้างสัมพันธภาพ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 2 เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเอง ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิธีดำเนินการเป็นการศึกษารายกรณี จำนวน 2 ราย ดำเนินการ ระหว่างเดือนมีนาคม -มิถุนายน 2563 ขั้นตอน ได้แก่ เลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง ทบทวนเอกสารและวรรณกรรม ประเมินภาวะสุขภาพ ตรวจสุขภาพจิต ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูล ปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล อภิปรายผลสรุปและข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่มีอาการกำเริบซ้ำ มีการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคมได้ดีขึ้น ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแล การศึกษาชี้ให้เห็นว่าการใช้หลักการป้องกันงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ควรนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่ใช้สารเสพติด และการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ: โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง อาการกำเริบซ้ำ ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author : Pongsri Ngamdee, Email: Aung2510@gmail.com

NURSING CARE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA: CASE STUDY

Pongsri Ngamdee¹

ABSTRACT

Paranoid Schizophrenia is the most common types of schizophrenia. The incidence of the disease in Khon Kaen Hospital from the year 2017-2019 was 175, 451, 425, respectively. Were treated with antipsychotic drugs which were important for controlling positive symptoms and preventing recurrence. Effective cares could lead to good compliance. The study was to focus mainly on caring paranoid schizophrenia patients with poor compliance, relapse, poor family care, alcohol and drug abuse, whom treated at psychiatric clinic in Khon Kaen Hospital. The treatment care was divided into two phases. The first phase was to eradicate paranoia and efficiency of medication compliance, this process took 8 weeks. The second phase was to improve patients' selfcare with family planning, this process took 8 weeks. There were 2 case studies during March - June 2020. The methods were specific patient selection, literature review, mental status examination, previous psychiatric problem collection, data analysis, and discussion. The results showed improvement in compliance, decrease of relapse, family and social bonding, and great family caring. This emphasize that community psychiatric guideline can improve patients and their families' quality of life. Study further study suggestions, the study results should be used for developing guidelines for patients with paranoid schizophrenia and drug abuse and case management for caring schizophrenia patients

Key words: Paranoid schizophrenia, Relapse, medication compliance

¹ Registered Nurse Professional Level, Psychiatric Nursing Department, Khon Kaen Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย¹ เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด มีจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้งหมด² จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้ชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย³ ต่อญาติหรือผู้ดูแล ต่อสังคม และเศรษฐกิจในภาพรวม⁴

โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia : F20.0) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบบ่อยที่สุด ลักษณะสำคัญทางคลินิก คือ ความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิด หรือหูแว่ว อาการหวาดระแวง เป็นอาการที่ไม่ไว้วางใจผู้อื่น จนหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย หรือคิดว่ามีคนชั่วจะทำร้าย อาการหวาดระแวงจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่นการแยกตัว หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว⁵ ความหลงผิดนี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น⁶ การบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันจะมีการรักษาโดยใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา⁴ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา และการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยา จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ หรือ

ใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม⁷

การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลันและรุนแรง เมื่อสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตัวเองได้จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยยังต้องรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและผลการรักษาที่ดีในระยะยาวซึ่งเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ⁸ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวง มีขั้นตอนสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลพื้นฐาน และมีหลักการให้การพยาบาลเฉพาะทางเพื่อดูแลอาการหวาดระแวง³ การวางแผนการพยาบาลจึงมุ่งเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหวาดระแวง⁹หัวใจของการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทคือการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเพื่อควบคุมอาการด้านบวกและป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค¹⁰ ด้วยเหตุนี้ในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งอยู่ในช่วงมีอาการกำเริบซ้ำกิจกรรมการพยาบาลจึงเป็นการดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยจากภาวะหวาดระแวง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย การพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพภาพระหว่างบุคคล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและสังคมได้รวมไปถึงการดูแลทั่วไปให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่มการพักผ่อน

จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่คลินิกจิตเวช

โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปีพ.ศ.2560-2562 จำนวน 175, 451 ,425 คน ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2562 มีผู้ป่วยที่อาการกำเริบซ้ำที่ต้องส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยใน จำนวน 13 ราย สาเหตุที่อาการกำเริบซ้ำคือไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย หรือคิดว่ารักษาหายแล้ว ทั้งผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาไม่เพียงพอ จากปัญหาดังกล่าวหลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วย คือ การให้การรักษาทันทีในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น และดูแลต่อเนื่องในชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพเพื่อป้องกันไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อค้นหาสาเหตุของอาการกำเริบซ้ำ
2. เพื่อเปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
3. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแล
4. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่ใช้สารเสพติดจากคลินิกต่อเนื่องถึงชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง โดยยังมีอาการหวาดระแวงเด่นชัด เชื่อมต่อเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นสูง อาการกำเริบซ้ำจากไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ใช้สุราและยาเสพติดร่วม ครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลไม่เพียงพอ ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2563 กำหนดเป้าหมายการพยาบาลเป็น 2 ระยะ โดย ระยะที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะหวาดระแวง ได้รับการเสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาด้วยยา ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกระบวนการพยาบาล

วิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริหาร เพื่อให้ผู้บริหารใช้ในการกำหนดนโยบาย สนับสนุนให้มีการสร้างแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง และการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในหน่วยงานและในชุมชนต่อไป 2. ด้านบริการ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง และเป็นการสร้างเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ 3. ด้านวิชาการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย และพัฒนางานประจำสู่การทำวิจัย (Routine to Research : R2R) เกิดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพงาน

ข้อมูลเบื้องต้นการเข้ารับบริการของกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยโสด อายุ 52 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยอาการสำคัญ คือ มีอาการหวาดระแวง หูแว่ว การวินิจฉัยโรค Paranoid Schizophrenia (F20.0) ประวัติการเจ็บป่วยระบุว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ พ.ศ.2554

พ.ศ.2554 -2562 ประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น โดยให้เหตุผลว่าเข้าใจว่าตนเองไม่ป่วย ยังทำงานได้ ตี๋มสุราร่วมด้วย ทานยาไม่สม่ำเสมอ จะ

ทานยาเฉพาะวันที่มีหูแว่วและนอนไม่หลับ ปฏิเสธการรักษาโรคจิตเนื่องจากได้รับผลข้างเคียงจากยา จะไปรับยาเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ และหยุดทานยาเมื่อคิดว่าอาการปกติ ทำให้อาการกำเริบบ่อยมีการรักษาทางแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

พ.ศ. 2563 มารดามาขอรับยาแทนผู้ป่วย มารดาให้ประวัติว่า 1 เดือนก่อนมาผู้ป่วยไม่ทานยาเนื่องจากว่าทานแล้วคลื่นไส้ พุดรัว น้ำลายเยอะ ยังมีหูแว่วทุกวัน ปฏิเสธภาพหลอน ยังมีหวาดระแวงคนนิทาและจะมาทำร้าย หงุดหงิด ชูจะทำร้ายมารดาถ้าวุ่นวายกับผู้ป่วย ตี๋มสุราทุกวันๆ ละ 10 บาทว่างงาน แพทย์พิจารณาให้ยา Fluphenazine decanoate (25 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 1 เดือน ยา Pherphenazine (8 mg) รับประทาน 3 เม็ดก่อนนอน ยา Artane (2 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และเย็น ยา Chlorpromazine (100 mg) รับประทาน 1 เม็ด ก่อนนอน และยา Diazepam (5 mg) รับประทาน 1 เม็ด ก่อนนอน ผู้ศึกษาจึงได้ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกับพยาบาลที่รับผิดชอบงานจิตเวชเพื่อประเมินสภาพและวางแผนดูแลต่อเนื่องพบข้อมูลสำคัญสรุปว่าผู้ป่วยแยกตัว ชอบเก็บตัวในห้องนอน พุดบนดื่มพรา่ถามตอบตรงคำถาม ลักษณะถามคำตอบคำ ผมยวายุ่งไม่สวมเสื้อ มารดาบอกว่าผู้ป่วยจะอาบน้ำ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ หากเตือนเรื่องการอาบน้ำผู้ป่วยจะบอกว่าอย่ามายุ่งหงุดหงิดง่าย มารดาบอกว่าผู้ป่วยจะแอบเอาเม็ดพรา่ไปเก็บ

ไว้ในห้องนอนทุกวัน มารดาารู้สึกกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย พยาบาลสังเกตเห็นมีดพร้าอยู่ข้างที่นอนผู้ป่วยเมื่อสอบถามผู้ป่วยบอกว่าจะเอาไว้มากันที่จะมาทำร้ายและป้องกันตัว

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยโสด อายุ 34 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไปอาการสำคัญได้ยินเสียงคนนินทา จะมาทำร้ายและมีความคิดหวาดระแวงคนอื่นมองตน รู้เรื่องตน บางครั้งจะมาทำร้าย เห็นภาพคนเป็นผีทุกวัน นอนหลับยาก บางวันไม่หลับเลย ตื่นสุราและใช้ยาบ้าโดยประวัติการเจ็บป่วยระบุว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตตั้งแต่ พ.ศ.2553 การวินิจฉัยโรค Paranoid Schizophrenia ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นเวลา 14 วัน หลังจำหน่าย ได้ยา Perphenazine (8 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และก่อนนอน ยา Artane (2 mg) รับประทาน 1 เม็ด เช้าและก่อนนอนยา Fluoxetine (20 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้ายา B1 (100 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และยา Lorazepam (1 mg) รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ผู้ป่วยทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากบอกว่าเบื่อ สมอ ตื้อๆ ง่วงมาก วิงเวียน หน้ามืด ทำให้ทำงานไม่ได้มารับรักษาต่อที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลขอนแก่น ไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการทางกายจากปัญหาการดื่มสุรา

พ.ศ.2554-2562ประวัติจากมารดาว่ารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แบบผู้ป่วยนอก แต่ไม่สม่ำเสมอ มีลิ้นทนายบ้าง ฉีดยาไม่ครบตามกำหนด ยังมีภาพหลอน ระแวงคนอื่นนินทา หงุดหงิดเป็นบางครั้ง ช่วยมารดารับส่งหลานได้บ้าง ได้ยา Risperidone (2 mg) รับประทาน 2 เม็ด ก่อนนอน ยา Depakine (200 mg) รับประทาน หลังอาหารเช้า 1 เม็ด และ 2 เม็ด ก่อนนอน ยา Clonazepam (2 mg) รับประทาน 1 เม็ด ก่อนนอนถ้าไม่หลับทานเพิ่ม 1 เม็ด ยา Trihexyphenidyl (5 mg) รับประทาน หลังอาหารเช้า 1 เม็ด และ 1 เม็ด ก่อนนอนยา Perphenazine (16 mg) รับประทาน หลังอาหารเช้า 1 เม็ด และ 2 เม็ด ก่อนนอน ยา Fluphenazine decanoate (25 mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 2 สัปดาห์ยังดื่มสุรา รักษาแบบผู้ป่วยใน 3 ครั้ง หลังจำหน่ายอาการสงบ ผู้ป่วยไม่ทานยาต่อเนื่อง เนื่องจากบอกว่าหายแล้ว

พ.ศ.2563 อาการกำเริบ 3 สัปดาห์ก่อนมามีอาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย มีหูแว่ว ปฏิเสธภาพหลอน นอนหลับยาก ตื่นสุราทุกวัน มารดาว่าผู้ป่วยเสพยาบ้าร่วมด้วย ทำงานไม่ได้ หงุดหงิดง่าย ด่าบิดามารดา มารดาารู้สึกกลัวเพราะบางครั้งถือมีดเดินไปมาและพรอຍกริดที่แขนหลายรอย ไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์แต่ไม่สม่ำเสมอ ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2 ครั้ง หลังจำหน่ายกลับมารักษาที่

โรงพยาบาลขอนแก่นเช่นเดิม และได้ยาเดิม
นัดทุก 1 เดือน ยังดื่มเบียร์ 2-3 วัน/สัปดาห์
และเสพยาบ้า 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือเมื่อมีเงิน
ว่าสนุกและคลายเครียดได้ดี ทานยาและฉีด
ยาไม่สม่ำเสมอ ว่าทานแล้วเพลีย ง่วง
วิงเวียน หน้ามืด มารดาเครียดมากและรู้สึก
เหนื่อยล้าในการดูแลเนื่องจากผู้ป่วยไม่เชื่อ
ฟังผู้ศึกษาจึงลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อม
พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เพื่อประเมินสภาพและวางแผนดูแลต่อเนื่อง
ขณะเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยนั่งดื่มเบียร์กับญาติ
ปฏิเสธการทานยาว่า ไม่ได้ป่วยแล้ว ทานยา
แล้วเบลอ วิงเวียน หน้ามืด ทำงานไม่ได้ ดื่ม
สุราแล้วมีความสุขดี

ผลการวิจัย (Result)

จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูล
กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ได้ทบทวนแนว
ทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า
แผนการรักษาผู้ป่วยรายนี้สอดคล้องกับ
ทฤษฎีโรคที่อธิบายว่า การรักษาด้วยยารักษา
โรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา เพราะ

นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว
ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ ผู้ป่วย
ที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำ ส่วนใหญ่มีปัญหา
จากการขาดยา และพบว่าเป้าหมายการ
รักษาของจิตแพทย์ระยะนี้มุ่งที่การควบคุม
อาการ ซึ่งตรงกับทฤษฎีโรคเช่นกัน⁴ ดังนั้น
การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่คลินิกและที่
บ้าน จึงกำหนดเป้าหมายการพยาบาล คือ
ผู้ป่วยและคนอื่นปลอดภัยจากภาวะ
หิวาตรระแวง และสามารถปรับตัวใน
สถานการณ์ที่เป็นจริงได้ การแก้ไขปัญหานี้จึง
นำหลักการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตใน
ชุมชนมาใช้ โดยกำหนดเป้าหมายของการ
ดูแลผู้ป่วยที่คลินิกและบ้าน คือมุ่งส่งเสริม
และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ
อยู่ร่วมกันได้⁵ จากการรวบรวมข้อมูลประเมิน
ปัญหาผู้ศึกษาได้นำปัญหาที่พบมากำหนด
เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยได้
เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาลของผู้ป่วย 2 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (กรณีศึกษา)

ปัญหา	ทฤษฎี	ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
1	มีแนวโน้มทำร้ายตนเอง และ ผู้อื่นเนื่องจากมีความผิดปกติ ของการรับรู้	มีแนวโน้มทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการประสาท หลอน และ ความ คิด หิวาตรระแวง	มีแนวโน้มทำร้ายตัวเอง เนื่องจากมีอาการประสาท หลอน และ ความ คิด หิวาตรระแวง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ปัญหา	ทฤษฎี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
2	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และปฏิเสธการเจ็บป่วย	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และใช้สุรา ยาเสพติดร่วม
3	เกิดปัญหาป่วยซ้ำจากสุราหรือสารเสพติด	มีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติดเนื่องจากมีความเชื่อว่าสุราไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา	มีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติดเนื่องจากมีความเชื่อว่าสุรา และสารเสพติดเป็นวิธีผ่อนคลายที่ดีและไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา
4	แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเบี่ยงเบนเนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหู	แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเบี่ยงเบนเนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหู	แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเบี่ยงเบนเนื่องจากใช้ยาเสพติด
5	บกพร่องในการดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง	มีความบกพร่องด้านการดูแลตนเองเนื่องจากการรับรู้และการแยกตัวเอง	มีความบกพร่องด้านการดูแลตนเองเนื่องจากการรับรู้
6	พร้อมสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากขาดความไว้วางใจผู้อื่น	มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง	พร้อมสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากขาดความไว้วางใจผู้อื่น
7	บกพร่องในการติดต่อสื่อสารเนื่องจากมีความคิดหวาดระแวง	บกพร่องในการติดต่อสื่อสารเนื่องจากมีความคิดหวาดระแวง	ไม่มี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ปัญหา	ทฤษฎี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 2
8	เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของยาและอาจหกล้มเนื่องจากการกินยา	เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของยาและอาจหกล้มเนื่องจากการกินยา เนื่องจากมีลิ้นแข็งพุทรีว น้ำลายเยอะ	เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของยาและอาจหกล้มเนื่องจากการกินยา เนื่องจากเหนื่อย อ่อนเพลีย หน้ามืด วิงเวียน ทำงานไม่ได้
9	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน	มีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน
10	ผู้ดูแลเครียด/เบื่อหน่าย/หวาดกลัว ในการดูแล	ผู้ดูแลเครียด และหวาดกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย	ผู้ดูแลเครียด เบื่อหน่าย และรู้สึกเป็นภาระ

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย นำมาวางแผนการพยาบาล ตามหลักของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล ครอบคลุมองค์รวม ประกอบด้วย การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะหวาดระแวง มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะหวาดระแวง ได้รับการเสริมสร้าง

สัมพันธภาพและความไว้วางใจร่วมมือให้การรักษาด้วยยา ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 2 วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์สามารถเขียนตามกระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเคราะห์บทเรียนนำไปสู่การหาแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การประเมิน ภาวะสุขภาพ	1. การซักประวัติ การตรวจสภาพจิต การประเมินสภาวะสุขภาพการประเมินทาง จิตสังคมการสังเกตพฤติกรรม อาการและ อาการแสดง การประเมินความต้องการการ ดูแล	1. การซักประวัติ การตรวจสภาพจิต การประเมินสภาวะสุขภาพการประเมิน ทางจิตสังคมการสังเกตพฤติกรรม อาการ และอาการแสดง การประเมินความ ต้องการการดูแล
2. การวินิจฉัย ทางการพยาบาล	2.1 เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนและ ความคิดหวาดระแวง 2.2 มีแนวโน้มกลับมารักษารักษาซ้ำเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2.3 มีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติด เนื่องจากมีความเชื่อว่าสุราไม่เกี่ยวข้องกับ การรักษา 2.4 มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง 2.5 แบบแผนการนอนแปรปรวน เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหู 2.6 มีการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการ คิด เนื่องจากความแปรปรวนด้านการรับรู้ 2.7 มีความบกพร่องด้านการดูแล ตนเองเนื่องจากการรับรู้และการแยกตัวเอง 2.8 เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของ ยาและอาจหลีกเลี่ยงการกินยา 2.9 มีแนวโน้มกลับมารักษารักษาซ้ำเนื่องจาก ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจใน การปฏิบัติตัวและดูแล 2.10 ผู้ดูแลเครียด และหวาดกลัวถูกผู้ป่วย ทำร้าย	2.1 มีแนวโน้มทำร้ายตัวเองและผู้อื่น เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนและ ความคิดหวาดระแวง 2.2 มีแนวโน้มกลับมารักษารักษาซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วย ยา และใช้สุรา ยาเสพติดร่วม 2.3 มีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติด เนื่องจากมีความเชื่อว่า สุรา และยาบ้า เป็นวิธีผ่อนคลายที่ดี 2.4 แบบแผนการนอนแปรปรวน เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหู และใช้ยาเสพติด 2.5 มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่อง เนื่องจากมีความคิดหวาดระแวง 2.6 มีการเปลี่ยนแปลงด้าน กระบวนการคิด เนื่องจากความแปรปรวน ด้านการรับรู้ 2.7 เสี่ยงอันตรายจากผลข้างเคียงของ ยาและอาจหลีกเลี่ยงการกินยา 2.8 มีแนวโน้มกลับมารักษารักษาซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความ เข้าใจในการปฏิบัติตัวและดูแล 2.9 ผู้ดูแลเครียด เบื่อหน่าย และรู้สึก เป็นภาระ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
3. การวางแผน การพยาบาล	แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะ หวาดระแวง ได้รับการเสริมสร้าง สัมพันธภาพและความไว้วางใจเพื่อให้ ภาวะหวาดระแวงลดลง	แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้ ผู้ป่วยและผู้อื่นมีความปลอดภัยจากภาวะ หวาดระแวง ได้รับการเสริมสร้าง สัมพันธภาพและความไว้วางใจเพื่อให้ ภาวะหวาดระแวงลดลง
4. การปฏิบัติการ พยาบาล	4.1 สร้างความไว้วางใจในการติดต่อกับ ผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (one to one relationship) โดยเน้นการสร้าง ไว้วางใจและความเชื่อถือ ทุกครั้งที่พบกับ ผู้ป่วย 4.2 ยอมรับผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อให้ ถูกต้อง รับฟังเรื่องราวอย่างสนใจเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 4.3 การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องเปิดเผย รักษาคำพูด ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา หลีกเลี่ยงการจ้องมอง 4.4 แสดงการยอมรับอาการประสาท หลอน หรือหวาดระแวงของผู้ป่วย โดยไม่ โต้แย้งหรือท้าทายว่าผู้ป่วยเล่าไม่เป็น ความจริง แต่แสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งได้ โดยใช้เทคนิคการให้ความจริง (presenting reality) ในขณะสนทนา เพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าความคิดที่เกิดขึ้น นั้นมาจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและ หวาดระแวงน้อยลง	4.1 สร้างความไว้วางใจในการติดต่อกับ ผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (one to one relationship) โดยเน้นการสร้าง ไว้วางใจและความเชื่อถือทุกครั้งที่พบกับ ผู้ป่วย 4.2 ยอมรับผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อให้ ถูกต้อง รับฟังเรื่องราวอย่างสนใจเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ไม่หัวเราะใน พฤติกรรมผู้ป่วย 4.3 การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องเปิดเผย รักษาคำพูด ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา หลีกเลี่ยงการจ้องมอง 4.4 แสดงการยอมรับอาการประสาท หลอน หรือหวาดระแวงของผู้ป่วย โดยไม่ โต้แย้งหรือท้าทายว่าผู้ป่วยเล่าไม่เป็น ความจริง แต่แสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้ง ได้โดยใช้เทคนิคการให้ความจริง (presenting reality) ในขณะสนทนา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่า ความคิดที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นและหวาดระแวงน้อยลง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	4.5 ไม่แสดงกิริยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยหรือไม่มั่นใจ ระมัดระวังการกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าพยาบาลนินทา หรือระแวง	4.5 ไม่แสดงกิริยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยหรือไม่มั่นใจ ระมัดระวังการกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าพยาบาลนินทา หรือระแวง
	4.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยลดอาการหวาดระแวง	4.6 ประเมินอาการหวาดระแวงทุกครั้ง ที่มารับบริการ โดยสอบถามทั้งจากผู้ป่วย และญาติ เพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลได้เหมาะสม
	4.7 ประเมินอาการหวาดระแวงทุกครั้ง ที่มารับบริการ โดยสอบถามทั้งจากผู้ป่วย และญาติ เพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลได้เหมาะสม	4.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะยากกลุ่ม antipsychotic เพื่อช่วยลดอาการหวาดระแวง
	4.8 ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย การร่วมมือในการรักษาด้วยยา และพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดย - ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ถึงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย - สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ เช่น เริ่มหงุดหงิดง่าย ไม่นอน/นอนไม่หลับ อาจเริ่มมีอาการประสาทหลอน รวมถึงมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือ เช่น ทิ้งยา/ ไม่กินยา พุดห้วน ตาขวาง การดื่มสุรา - เสริมสร้างพลังอำนาจ และสอนทักษะการจัดการกับความเครียด แก่ผู้ดูแล - ให้ข้อมูลในแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉิน แก่ผู้ดูแล	4.8 นำผู้ป่วยเข้ากระบวนการบำบัดรักษา ยาเสพติด แบบรายบุคคล 4.9 ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย การร่วมมือในการรักษาด้วยยา และพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดย - ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ถึงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย - สอนให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการเตือนก่อนอาการทางจิตกำเริบ เช่น เริ่มหงุดหงิดง่าย ไม่นอน/นอนไม่หลับ อาจเริ่มมีอาการประสาทหลอน รวมถึงมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือ เช่น ทิ้งยา/ ไม่กินยา พุดห้วน ตาขวาง การดื่มสุรา ยาเสพติด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	<p>- พัฒนาทักษะพยาบาลที่ศูนย์แพทย์ใน การติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัว โดย</p> <p>- การดูแลช่วยเหลืออาการข้างเคียงจาก ยารักษาโรคจิต</p> <p>- สอนทักษะการติดตาม การกำกับ กินยาของผู้ป่วยให้แก่ อสม.ในพื้นที่เพื่อ ช่วยสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>- ให้ข้อมูลญาติและช่วยค้นหาแหล่ง ช่วยเหลือในชุมชน เช่น แหล่งสนับสนุน ด้านข้อมูล ด้านจิตใจ</p> <p>- เสริมสร้างพลังอำนาจ และสอน ทักษะการจัดการกับความเครียดแก่ผู้ดูแล</p> <p>- แนะนำญาติให้ชมเชยผู้ป่วยหากทำ กิจกรรมร่วมกับครอบครัวได้เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง</p> <p>- พัฒนาทักษะพยาบาลที่ รพ.สต. ใน การติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัว</p> <p>- สอนทักษะการติดตาม การกำกับ กินยาของผู้ป่วยให้แก่ อสม.ในพื้นที่เพื่อ ช่วยสนับสนุนกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>- การดูแลช่วยเหลืออาการข้างเคียง จากยารักษาโรคจิต</p> <p>- มาตรการในชุมชนเพื่อลดปัญหาการ ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด โดย MOU กับ ชุมชนไม่ขายสุราให้ผู้ป่วย</p>
5. การประเมินผล การพยาบาล	<p>นำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่ แรกรับจนถึงหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้น แล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ดังนี้</p> <p>5.1 ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจาก อันตรายที่เกิดขึ้นในภาวะความคิด หวาดระแวง</p> <p>5.2 ผู้ป่วยร่วมมือกินยา/กินยาต่อเนื่อง และปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จาก ยา</p>	<p>นำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่ แรกรับจนถึงหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้น แล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ดังนี้</p> <p>5.1 ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจาก อันตรายที่เกิดขึ้นในภาวะหวาดระแวง</p> <p>5.2 ผู้ป่วยร่วมมือกินยา/กินยาต่อเนื่อง และปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์ จากยา</p>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาล (กรณีศึกษา) (ต่อ)

กระบวนการ พยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง	
	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัว และผู้อื่นดีขึ้น	5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัว และผู้อื่นดีขึ้น
	5.4 ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตร ประจำวันตัวเองได้	5.4 ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้
	5.5 ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตาม ศักยภาพ	5.5 ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราและเลิกใช้
	5.6 ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

ผู้ป่วยจิตเภทในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นชนิดหวาดระแวงโดยเป็นผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่อการดูแลต่อเนื่องในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลขอนแก่น อาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีลักษณะอาการทางคลินิกคล้ายคลึงกันและตรงตามทฤษฎีโรค ซึ่งสภาพปัญหาความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน คือผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำจากปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และใช้สุรา ยาเสพติดร่วม จึงเป็นผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้สงบตามเป้าหมายการรักษาได้พบว่าอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีลักษณะอาการทางคลินิกที่รุนแรงกว่ารายที่ 1 เนื่องจากใช้สุรา และยาบ้าร่วม จึงใช้กลวิธีหลากหลายในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวจุดเด่นของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 ราย คือ ใช้หลักการ

พยาบาลจิตเวชในชุมชน ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีแนวโน้มของการฟื้นฟูสภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 เพราะครอบครัวมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ใช้ยาเสพติดอื่น นอกจากดื่มสุรา และเมื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องให้ครอบครัวรายที่ 1 จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจนมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ใช้การเสริมแรงด้วยการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลในพื้นที่และอาสาสมัครหมู่บ้านของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้แหล่งประโยชน์ใกล้บ้านได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรา ศิริกุล ชีให้เห็นว่าการนำมาตรฐานการพยาบาลในชุมชนมาประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักการพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹¹

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่ใช้ยาเสพติดร่วมและการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในหน่วยงานและในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์).** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2556-2558.** [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25กรกฎาคม 2562]; แหล่งข้อมูลจาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>.
3. Murray CJL & Lopez AD. **The Global Burden of disease.** Harvard University Press; 1996.
4. กรมสุขภาพจิต. **คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง : บริษัท ดีน่าดู มีเดีย พลัส จำกัด; 2560.**
5. พิมพ์วัลย์ อายุวัฒน์, ภาสินี ไทอินทร์ และปรานต์ศศิ เหล่ารัตนศรี. **F 20: โรคจิตเภท (Schizophrenia).** กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก[online]. [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2562] แหล่งข้อมูล: http://administer.pi.ac.th/uploads/ers_eacher/upload_doc/2018/academic/1531378592828010009140.pdf.
6. สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. **การพยาบาลจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
7. กรมสุขภาพจิต และสำนักการพยาบาล. **มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** เชียงใหม่ : [มปท.]; 2556.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ.** กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
9. ลัดดา แสนสีหา. **สุขภาพจิตชุมชน.** ฉวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณาธิการ. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2552.
10. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.** กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด; 2558.

- 11.อมรา ศิริกุล. การใช้มาตรฐานการ
พยาบาลในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวช:
กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความคิด
หวาดระแวง. **วารสารโรงพยาบาล
พิจิตร** 2556 ; 28 (1): 81-92.