

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing care of Paranoid schizophrenia patient : Two case studies

ปรียา สกุลจันทร์ พว.*

Preeya Sakullchun RN. *

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Schizophrenia: Paranoid) ที่มีความคิดหลงผิดและหวาดระแวงที่เด่นชัด ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจผิดในความเป็นจริงและการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาล การดูแลติดตามเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการให้ การพยาบาล โดยเลือกเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia type) ที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคและมีการใช้สารเสพติดต่อเนื่อง จำนวน 2 ราย ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต (ตุลาคม 2566 ถึง มกราคม 2567) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติ การเจ็บป่วย การรักษา เวชระเบียน การสัมภาษณ์และการประเมินภาวะสุขภาพ โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทฤษฎีทางการพยาบาลของ กอร์ดอน มาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมิน การวางแผนการปฏิบัติ การประเมินผลการพยาบาล การวางแผน จำหน่าย และการติดตามต่อเนื่องถึงชุมชน รวมถึงการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ พบว่าสามารถช่วยตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ได้ครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้ คือผู้ป่วย ญาติ ชุมชนมีความปลอดภัย ลดการกลับเป็นซ้ำและได้รับการดูแล การติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง, การพยาบาลจิตเวช, กรณีศึกษา

Abstract

This study is a comparative study of patients with paranoid schizophrenia who exhibit prominent delusions and paranoia, leading to misunderstandings of reality and inappropriate behavior. The objective is to study the nursing process, monitoring and prevention of complications during nursing care, specifically focusing on patients diagnosed with paranoid schizophrenia who have recurrent episodes of the illness and have been using substances continuously, with a sample size of 2 cases in the Ratipat Unit of Vachira Phuket Hospital October 2023 to January 2024. Data was collected from medical histories, treatment records, medical documents, interviews, and health assessments. The researcher applied the nursing process in conjunction with the theories of psychiatric and mental health nursing, as well as Gordon's nursing theory as a framework for assessment, planning of care, evaluation of nursing outcomes, discharge planning, and continuous follow-up in the community. This included collaboration with a multidisciplinary team and integrating cooperation from patients and their families. It was found that this approach effectively addressed the problems and needs of patients, covering the dimensions of physical, mental, social, spiritual, and community health. The outcomes were that patients, families, and the community experienced safety, reduced relapse rates, and received continuous care and follow-up, enabling them to coexist with others in the community and achieve a good quality of life.

Keywords: paranoid schizophrenia, psychiatric nursing, case study

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทั่วโลก ผู้ป่วยมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม การดำเนินของโรคจะเป็นลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม การทำงาน การดูแลตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบความชุกในประชากรทั่วโลกประมาณร้อยละ 0.3-0.71 และอุบัติการณ์ของโรคพบประมาณ 1.5 คนต่อประชากร 10,000 คน (McGrath et al., 2008) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะปรากฏกลุ่มอาการ ใน 2 ลักษณะ คือ กลุ่มอาการทางบวก (positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด(delusions) ประสาทหลอน (hallucinations) พฤติกรรมและการพูดผิดปกติ (disorganized speech and behaviors) เป็นต้น และกลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เรียบเฉย (flat affect) การเคลื่อนไหวช้าลง (slow movements) การดูแลตนเองบกพร่อง (poor self-care) เป็นต้น (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติจากบุคคลทั่วไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคมการทำงาน การดูแลตนเองและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Dziwota et al., 2018) ลักษณะดังกล่าวจึงทำให้โรคจิตเภทกลายเป็นโรคเรื้อรังของสังคม ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันที่ อาจทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบได้ง่าย (American Psychiatric Association, 2013) (Kahn & Keefe, 2013) โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงพบมากที่สุด ลักษณะสำคัญคือ มีอาการหลงผิดหวาดระแวงหวู่แว่ว ประสาทหลอน (พิมพ์วลัญช์ อายุวัฒน์ และคณะ, 2562) โดยไม่มีความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรมมากนัก แต่มีการดำเนินโรคเรื้อรังและมีอาการกำเริบเป็นระยะ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวเป็นอย่างมาก การดูแลรักษาผู้ป่วยต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งการใช้ยาจิตบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคม แต่ยังพบอุปสรรคที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมักไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ทำให้ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการใช้สารเสพติดร่วมขาดยาบ่อย และมีปัญหาด้านครอบครัวและสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยมีการรายงานสถิติและข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในปี 2566 พบว่า ประชาชนมากถึง 10 ล้านคนทั่วประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทผู้ป่วยมักมีความบกพร่องในการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่ความยากลำบากในการดำเนินชีวิต การเข้าสังคม และการทำงาน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีแนวโน้มที่จะมีอาการกำเริบซ้ำได้บ่อย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้สารเสพติดร่วม ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) รวมถึงเป็นภาระทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและสังคม

จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตตั้งแต่ปี 2564 - 2566 พบว่ามีจำนวน 1,575, 1,784 และ 1,821 รายตามลำดับ พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในปี 2664 - 2566 จำนวน 158, 110 และ 207 ราย และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชในปี 2564 - 2566 จำนวน 2, 4 และ 9 ราย ซึ่งพบว่าสาเหตุการกลับเป็นซ้ำมาจาก 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาจิตเวช 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียดของสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ 5) ขาดผู้ดูแลหลัก 6) ขาดหน่วยงานสนับสนุน และ 7) ขาดการวางแผนการ

ดูแลต่อเนื่องชุมชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงเพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมและพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง โดยการประเมินในหลายๆด้าน เช่น อาการแสดง การวินิจฉัยทางการพยาบาล ปัจจัยทางครอบครัว สังคม การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงชุมชน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการของพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง
- 1.2 เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชนิดหวาดระแวงที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่องถึงชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (case study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช (จิตเวช) ระหว่าง 8 ตุลาคม 2566 ถึง 12 มกราคม 2567 ผู้ศึกษาได้จากการซักประวัติ สัมภาษณ์ ข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และสหวิชาชีพที่ร่วมดูแล ข้อมูลจากเวชระเบียนอย่างละเอียดและได้แบ่งวิธีการดำเนินการศึกษาเป็นขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษา เกี่ยวกับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงและใช้ระยะเวลาในการดูแลในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติรับทราบวัตถุประสงค์และลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การสังเกตอาการ การทบทวนเวชระเบียน การปรึกษากับแพทย์และทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและชุมชนของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน
4. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อระบุปัญหาความต้องการที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการพยาบาล
5. วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มาเป็นแนวปฏิบัติในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

6.ติดตามและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยการสังเกตความคิดพฤติกรรม การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ทบทวนเวชระเบียน เพื่อรวบรวมปัญหาที่ได้จากการศึกษา

7.สรุปผลจากการศึกษา โดยการนำเสนอสิ่งที่ได้เรียนรู้ ประสพการณ์ แนวทางการการดูแล ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร มีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการรักษาความลับของข้อมูล การเผยแพร่ผลการศึกษาเพื่อแบ่งปันความรู้ในการดูแลและรักษาพยาบาล ให้ความสำคัญกับการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยและใช้ข้อมูลที่ได้รับอย่างถูกต้องและปลอดภัยตามหลักวิชาการ และมาตรฐานทางการแพทย์ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ COA No.060B2024

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 32 ปีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพโสด

อาการสำคัญ:ถูกนำส่งโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจหลังจากเกิดเหตุการณ์ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล หงุดหงิด หูแว่ว หลงผิดว่ามีคนปองร้าย ก้าวร้าว ทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว โดยไม่มีเหตุผล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท Paranoid Schizophrenia (จิตเภทชนิดหวาดระแวง) ตั้งแต่ปี 2553 มีประวัติการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ครั้งในช่วง 7 เดือนที่ผ่านมา และได้รับการส่งตัวเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลทางจิตเวช ในเดือนกรกฎาคม การตรวจร่างกาย ตามตอบตรงค ตาม พุดซ้ำเสียงเบา ตอบสั้นๆน้ำเสียงขาดหายบางช่วง มี สับสน หลงผิดคิดว่ามีคนจะมาทำร้าย ตาขวาง ได้ยินเสียงหูแว่ว ปฏิเสธภาพหลอน ประเมินพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) 3 คะแนน BPRS 117 คะแนน ADL 11 คะแนน, ประเมิน การใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน บคก.สธ. V2 23 คะแนน (กลุ่มผู้เสพ) และ Stage of change ลังเล (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต.2563) เก็บ Urine Substance = negative

ประวัติการแพ้ยาและประวัติการใช้สารเสพติด:ใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุ 17 ปี น้ำกระท่อม 3 ลิตร ต่อวัน ปัจจุบันมีการใช้ กระท่อม (เคี้ยวใบ) ทุกวันไม่ทราบปริมาณที่แน่ชัด ยาบ้า 4 เม็ด ต่อวัน หยุดใช้ ประมาณ 3-5 ปี กัญชาไม่สามารถบอกปริมาณที่แน่นอน

การวินิจฉัย:โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)

การรักษาที่ได้รับ:ให้นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช (รตพัฒนา) และให้การรักษาด้วยการจำกัด พฤติกรรมโดยการผูกมัดแบบ 2 จุด, Haloperidol 5 mg IM, Diazepam 10 mg IV (กรมสุขภาพจิต.2561) และพิจารณาให้ยา long acting (Fluphenazine 25 mg IM ทุก 1 เดือน) และยา Artane 5mg 1 เม็ด ก่อนนอน, Clonazepam 2mg 1 เม็ด

ก่อนนอน, Risperidone 2mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และ ก่อนนอน, Depakine 500mg 1 เม็ด ก่อนนอน ในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล สามารถยุติการจำกัดพฤติกรรมโดย การผูกมัดได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเข้าไปพูดคุยเพื่อสร้างความไว้วางใจ ในการติดต่อกับ ผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (one to one relationship) โดยเน้นการสร้างความไว้วางใจและความเชื่อถือ แสดงการ ยอมรับอาการประสาทหลอน หรือหวาดระแวงของผู้ป่วย ในขณะการสนทนา

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สถานภาพ คู่

อาการสำคัญ : 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีพูดคนเดียว เดินไปเดินมา สับสน หลงผิด เอะอะ โวยวาย หงุดหงิด ก้าวร้าว แต่ไม่ทำร้ายผู้อื่น มีหูแว่ว

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:เป็น Paranoid Schizophrenia (จิตเภทชนิดหวาดระแวง) และได้รับ การรักษาด้วยยา antipsychotics ตั้งแต่อายุ 32 ปี แต่มีปัญหาขาดการรับยาหลายครั้งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต:เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ครั้งในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมาและ โรงพยาบาลทางจิตเวช 1 ครั้งในปี 2563 เป็นระยะเวลา 1 เดือน การตรวจร่างกาย อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยถามตอบมีสับสนไม่ตรงคำถาม หลงผิด คิดว่าตนเองเป็นผู้ ควบคุมจักรวาล อยู่ไม่นิ่ง พูดเร็ว พูดเสียงดัง พูดคนเดียว หูแว่วเป็นเสียงคนพูดถึงตนเอง มีภาพหลอนเป็นผี หงุดหงิด ก้าวร้าว (Overt Aggression Scale: OAS) 2 คะแนน, BPRS 118 คะแนน, ADL 18 คะแนน, ประเมินการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน บคก.สร. V2 27 คะแนน (กลุ่มผู้ติด) และ Stage of change เมินเฉย เก็บ Urine Substance Cannabinoid = positive

ประวัติการแพ้ยาและประวัติการใช้สารเสพติด:ใช้ยาบ้า กัญชา ตั้งแต่อายุ 20 ปีและใช้เป็นระยะๆ จนกระทั่งเลิกใช้ไปหลังจากเริ่มการรักษา จิตเภทเมื่ออายุ 30 ปี กลับมาใช้ยากัญชา อีกครั้งในช่วง 3 เดือนที่ ผ่านมา

การวินิจฉัย:โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)

การรักษาที่ได้รับ:ให้นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช (รติพัฒน์) และให้การรักษาด้วยการจำกัด พฤติกรรมโดยการผูกมัดแบบ 2 จุด, Haloperidol 5 mg IM, Diazepam 10 mg IV และยาฉีด long acting (Fluphenazine 50 mg IM) และยา Depakine 500mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และ ก่อนนอน, Tizanidine 4mg 1 เม็ด ก่อนนอน, Risperidone 2mg 2 เม็ด ก่อนนอน, Vitamin B complex 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - เย็น, Clozapine 100mg ½ เม็ด ก่อนนอน, Artane 5mg 1เม็ด หลังอาหารเที่ยง และ ก่อนนอน, Diazepam 10mg IV prn ทุก 2 ชั่วโมง และ Haloperidol 5mg IM prn ทุก 2 ชั่วโมง ในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล มีอาการสับสน หูแว่ว ส่งเสียงดัง โวยวาย กลางคืน ไม่นอน มักนอนในช่วงกลางวัน แพทย์มีการเพิ่มยา Clonazepam (2 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน หลังได้รับยากกลางคืน กลับได้เป็นช่วงๆ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน(Gordon,1994) : กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยรับทราบการเจ็บป่วยทางจิตและปฏิเสธการรักษาไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตเนื่องจากมีการรักษาเป็นระยะเวลานานมีความเข้าใจว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยไม่ต้องรับประทานยา และมีการกลับมาใช้สารเสพติด (กัญชา, ยาบ้า) ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตและขาดการรักษาต่อเนื่อง ปฏิเสธการรับประทานยา และมีการกลับไปใช้สารเสพติด (กัญชา, กระท่อม) ขาดความรู้เรื่องโทษของสารเสพติด เนื่องจากมีความคิดว่าสารเสพติดไม่ได้มีผลต่อการเจ็บป่วย
2.โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเองได้ครบทั้ง 3 มื้อ รับประทานอาหารตรงเวลา รับประทานอาหารได้ทุกอย่างน้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI = 26.17 kg/m ² อยู่ในเกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกิน (โรคอ้วน) ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว	ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเองได้ครบทั้ง 3 มื้อ แต่ไม่สม่ำเสมอ ชอบรับประทานของทอด ของหวาน น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI = 22 kg/m ² (ค่าปกติ)
3.การขับถ่ายของเสีย	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูก ปัสสาวะปกติ	ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูก ปัสสาวะปกติ
4.การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ขาดการออกกำลังกาย นั่งเฉยๆ เป็นส่วนใหญ่ แยกตัวไม่เข้าสังคม ต้องกระตุ้นให้ทำกิจกรรม งานอดิเรกดูทีวี และฟังเพลง	ขาดการออกกำลังกาย แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ เข้าสังคมได้ดี กิจกรรมยามว่าง ร้องเพลงและดูทีวี
5.การพักผ่อน นอนหลับ	ผู้ป่วยเข้านอนเวลา 20.00 น. ตื่นนอนเวลา 06.00 น. นอนกลางวัน วันละประมาณ 2-3 ชั่วโมง	ผู้ป่วยหลับในช่วงกลางคืนได้เป็นช่วงสั้นๆ มีง่วงนอนในช่วงกลางวัน ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้วันละประมาณ 6 ชั่วโมง
7.การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รู้ว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกไร้คุณค่า ยังมีการใช้สารเสพติด ขาดยาบางครั้ง เรียนจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	ปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต ยังมีการใช้สารเสพติด ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ มีความคิดหลงผิดว่าตนมีความสามารถพิเศษ มองตนเองสูงกว่าความเป็นจริง เรียนจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
8.บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	อาศัยอยู่กับบิดามารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แต่มีความขัดแย้งกับพี่น้อง	อาศัยอยู่กับครอบครัวพี่สาว ครอบครัวให้การสนับสนุนดีและมีรักใคร่ห่วงใยกันดี
9.เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	สถานภาพโสด มีประวัติเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย VDRL positive มีการรักษาด้วยยา Benzathine penicillin 2.4 ล้านยูนิต 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์	หลังเลิก رابطهกับภรรยาไม่มีกิจกรรมทางเพศ ไม่มีคู่อุปการ
10.การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	สีหน้าเรียบเฉย อารมณ์ร้อน หงุดหงิดง่าย ใช้ความรุนแรงเมื่อเครียด ขาดทักษะการจัดการความเครียด และใช้สารเสพติด	สีหน้าเรียบเฉย มีอารมณ์แปรปรวนง่าย หัวเราะ ร้องไห้ไม่สมเหตุสมผล บางครั้งแยกตัว บางครั้งนั่งรวมกับผู้ป่วยอื่นได้ แต่ไม่ชอบให้ผู้ป่วยอื่นมาวุ่นวายกับตนเอง นอกจากตนเองจะไปชวนผู้ป่วยอื่นคุยเอง และจะมีอารมณ์โกรธผู้ป่วยอื่นง่าย ใช้สารเสพติดเพื่อจัดการความเครียด
11.คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ไม่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ	นับถือศาสนาอิสลาม ไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ

วิเคราะห์

จากการเปรียบเทียบแบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอนในผู้ป่วยจิตเภท 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างในด้านการรับรู้การเจ็บป่วย การปรับตัวและการเผชิญปัญหา และสัมพันธภาพในครอบครัว กรณีศึกษาที่ 1 ขาดความตระหนักรู้และการยอมรับรู้การเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีความขัดแย้งในครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 ปฏิเสธการรับรู้และการยอมรับการเจ็บป่วย และมีการกลับไปใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องมีการสนับสนุนจากครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลและการฟื้นฟูที่แตกต่างกันของทั้งสองราย ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภททั้งสองรายนี้ ได้แก่ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านการเสพยาเสพติด การที่ผู้ป่วยจิตเภททั้งสองรายนี้รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้ร่างกายเกิดภาวะความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง (สุตาพร สถิตยยุทธการ, 2559) ส่งผลให้เกิดอาการทางจิต กรณีศึกษาที่ 1 เคยความขัดแย้งกับพี่น้องซึ่งการทะเลาะวิวาทของคนในครอบครัวเป็นก็สาเหตุหนึ่งของการกลับเป็นซ้ำ (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559) และการใช้ยาเสพติดเป็นปัจจัยการกลับเป็นซ้ำที่สำคัญในผู้ป่วยจิตเภท (สินเงิน สุขสมpong และคณะ, 2559) อีกทั้งการใช้ยาเสพติดเป็นสาเหตุให้เกิดอาการกำเริบ โดยชนิดยาเสพติดที่ใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้าและกาแฟซึ่งสาเหตุของการใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่ คือ เพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคมและอยากแก้อาการข้างเคียงของยา(สมจิตร มณีกานนท์ และคณะ, 2563)

ตารางที่ 2: การเปรียบเทียบการตรวจสภาพจิต (Mental Status Examination) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ

หวาดระแวง : กรณีศึกษา 2 ราย

การตรวจ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. รูปลักษณ์และพฤติกรรม (Appearance & Behavior)	ชายไทย วัยผู้ใหญ่ สมวัย รูปร่างอ้วน แต่งกายไม่เรียบร้อยสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี สีหน้าเรียบเฉย เคลื่อนไหวช้า ทำทางหวาดระแวง ร่วมมือขณะสัมภาษณ์ น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร	ชายไทย วัยผู้ใหญ่ สมวัย รูปร่างผอม แต่งกายสะอาด สีหน้าเรียบเฉย อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย Psychomotor agitation ทำทางระแวง ร่วมมือขณะสัมภาษณ์ น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร
2. การพูด (Speech)	พูดช้า เสียงเบา Tone monotone พูดตอบสั้นๆ ขาดตอนเป็นช่วงๆ	พูดเร็ว เสียงดัง Pressured speech พูดวกวน พูดต่อเนื่องโดยไม่ต้องกระตุ้น
3. อารมณ์ (Mood & Affect)	Mood: หงุดหงิด กังวล Affect: restricted Irritable Congruent with thought content	Mood: หวาดระแวง Affect: labile Inappropriate affect Mood swings
4. ความคิด (Thought)	รูปแบบความคิด - ถามตอบช้า พูดจาอ้อมค้อม เนื้อหาความคิด - คิดหลงผิดว่าถูกปองร้าย	รูปแบบความคิด - ถามตอบเร็ว พูดมาก ตอบไม่ตรงคำถาม พูดไม่ปะติดปะต่อ เนื้อหาความคิด - คิดว่าตนเองมีอำนาจ/พลังพิเศษกว่าคนอื่น Flight of ideas Reference ideas
5. การรับรู้ (Perception)	Auditory hallucination ได้ยินเสียงคนจะมาทำร้าย No visual hallucination	Auditory & visual hallucination ได้ยินเสียงบอกว่าจะมีคนมาทำร้ายและเห็นภาพหลอน (เห็นผี)
6. ความรู้ความเข้าใจ (Cognition)	รู้สึกตัวดี ,รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล, มีความคิดแบบรูปธรรม Alert & oriented to time, place, person Attention: ไม่สามารถจดจ่อได้นาน Memory: intact Abstract thinking: concrete	สับสน ,ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล Fluctuating consciousness Attention: easily distracted Memory: recent memory impaired Poor concentration Abstract thinking: concrete
7. ความเข้าใจเชิงลึก Insight	Insight: poor ปฏิเสธการเจ็บป่วย	Insight: lacking ไม่เห็นความจำเป็นของการรักษา
8. Judgment	Judgment: impaired Poor impulse control	Judgment: poor ตัดสินใจโดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา

การตรวจ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
9. Fund of knowledge	ประเมินระดับความรู้ทั่วไปของผู้ป่วย คำตอบถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยตอบ คำถามมีความลึกลับ	ประเมินระดับความรู้ทั่วไปของผู้ป่วย คำตอบ ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยตอบคำถามด้วยความ มั่นใจ

วิเคราะห์

จากการเปรียบเทียบแบบแผนการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท 2 ราย พบความแตกต่างในด้านอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม กรณีศึกษาที่ 1 แสดงอารมณ์และการพูดที่ไม่ค่อยสอดคล้องกัน มีการรับรู้ความเป็นจริง บางส่วนแต่ยังมีความคิดหลงผิด หวาดระแวง กรณีศึกษาที่ 2 แสดงอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีความคิดไม่เป็นระเบียบ และการรับรู้ผิดปกติเด่นชัด

ผลการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาและการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง เปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย จากการศึกษพบว่ามีความเหมือนและแตกต่างซึ่งสามารถเปรียบเทียบทั้ง ๒ รายได้ดังตาราง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล		
1. เสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน เนื่องจากมีความผิดปกติของการ รับรู้ประสาทหลอนและหวาดระแวง ข้อมูลสนับสนุน: กรณีศึกษาที่ 1 : มีประวัติใช้ความรุนแรงทำร้ายผู้อื่น : หวาดระแวงและหลงผิดว่าจะมีคน ทำร้าย : BPRS 117 คะแนน : ประเมิน SMI-V 2,3 : ประเมินสภาพจิต พบ Auditory hallucination ได้ยินเสียงคนจะมา ทำร้าย - คิดหลงผิดว่าถูกปองร้าย (Overt Aggression Scale : OAS) = 3 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล: 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจตาม หลักการพยาบาลจิตเวช หากผู้ป่วย อาการยังอยู่ในระยะรุนแรง พยาบาลควรหลีกเลี่ยง การสัมผัส ตัวผู้รับบริการ เพื่อไม่ให้เกิดการ แปรความหมายผิด 2. พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่ดังพอควร ชัดเจน และปฏิบัติการพยาบาลด้วย ความนุ่มนวล เพื่อสร้างความ ไว้วางใจ ถ้าผู้ป่วยมีท่าทาง หวาดระแวงไม่ควรใช้เสียงหรือ ทำท่าทางกระชับกระซิบ 3. ใช้เทคนิคสนทนาเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บปวด ของตนเอง และยอมรับการรักษา	กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการสงบ ไม่ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ ทรัพย์สิน (Overt Aggression Scale : OAS) 1 คะแนน BPRS 36 คะแนน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน (Overt Aggression Scale : OAS) 1 คะแนน BPRS 38 คะแนน บทบาทการพยาบาลระยะแรกคือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กระบวนการดังกล่าวเกิดจากการ ริเริ่มโดยพยาบาลมุงที่จะช่วยให้ ผู้รับบริการมีสุขภาพดี ซึ่งต้องใช้ เวลาและมีความไว้วางใจกันเป็น พื้นฐาน ความไว้วางใจกันจะเกิดขึ้น ได้เมื่อผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและ

กรณีศึกษาที่ 2 : มีเหตุหงุดหงิด ก้าวร้าว ตาขวาง : BPRS 118 คะแนน : ประเมินสภาพจิต พบ Auditory & visual hallucination ได้ยินเสียงบอกว่ามีคนจะทำร้าย และเห็นภาพหลอน (เห็นผี) Mood: หวาดระแวง Affect: labile Inappropriate affect Mood swings (Overt Aggression Scale : OAS) = 2 คะแนน วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดพฤติกรรมทำร้าย ผู้อื่นและทรัพย์สินมีความปลอดภัย เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สินมีความปลอดภัย : (Overt Aggression Scale : OAS) $\leq$ 1 คะแนน	4. ประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่นและ/หรือทรัพย์สิน ตามหลัก SAVE 5. รายงานแพทย์ เตรียมอุปกรณ์ผูกมัด 6. จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย และเฝ้าระวังแทรกซ้อนจากการผูกมัด โดยการตรวจผิวหนัง บริเวณข้อที่ผูกมัด สังเกตการบาดเจ็บ อากาศบวมของข้อ หรือรอยขีด ผลหลุดของบริเวณที่ผูกมัด คลายอุปกรณ์ผูกมัดทุก 2 ชั่วโมง อย่างน้อยครั้งละ 15-20 นาที และเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง 7. ให้อายา Valium , Haldol ตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสงบเมื่อจำเป็น โดยอธิบายถึงเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาล ดูแลและสังเกตให้ทีมดูแลต่อเนื่อง 8. จัดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้ปลอดภัย โดยการลดการกระตุ้น เช่น แสง เสียง เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 9. จัดให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิด 10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Depakine, Risperidone , Clozapine (ในกรณีศึกษาที่ 2) ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เน้นหน้าอก หน้าบวม ผื่น ปวดศีรษะ เดินเซ ชัก ตาพร่ามัว และภาวะเลือดออก	เชื่อมั่นในความตั้งใจที่จะช่วยเหลือของพยาบาล (Murray & Huelskoetter, 1991)
---	--	---

	ง่าย 11.ให้ความรู้แก่ญาติให้เข้าใจในความเจ็บป่วย ช่วยประคับประคองด้านอารมณ์ และเพื่อการมีส่วนร่วมในการรักษา 12.สอนเทคนิคการจัดการอาการหูแว่ว เช่น การเตือนตนเอง, การเบี่ยงเบนความสนใจ	
2. มีความบกพร่องด้านการรับรู้และความคิด เนื่องจากอาการหลงผิดและการใช้สารเสพติด ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : หลงผิดว่าจะถูกทำร้าย :ผู้ป่วยมีประวัติใช้ กัญชา, ยาบ้า :BPRS 117 คะแนน :ประเมินสภาพจิต พบ Auditory hallucination ได้ยินเสียงคนจะมาทำร้าย พบ เนื้อหาความคิด - คิดหลงผิดว่าถูกปองร้าย กรณีศึกษาที่ 2 : หลงผิดว่าตนมีพลังพิเศษ :ผู้ป่วยมีประวัติใช้ กัญชา, กระท่อม ผลปัสสาวะพบสารเสพติดประเภทกัญชา :BPRS 118 คะแนน :ประเมินสภาพจิต พบ Auditory & visual hallucination	กิจกรรมการพยาบาล: 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจตามหลักการพยาบาลจิตเวช หากผู้ป่วยอาการยังอยู่ในระยะรุนแรง พยาบาลควรหลีกเลี่ยง การสัมผัสตัวผู้รับบริการ เพื่อไม่ให้เกิดการแปรความหมายผิด 2. รับฟัง ไม่ตัดสินใจหรือตำหนิผู้ป่วย ว่าความเชื่อของผู้ป่วยนั้นผิด เข้าใจและยอมรับ ไม่ได้แย้ง หรือไม่เห็นเป็นเรื่องตลกในอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยนั้นบอก 3. การสนทนากับผู้ป่วยที่มีความหลงผิด ควรใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อเป็นการบำบัด 4.สอนเทคนิคการจัดการอาการหูแว่ว เช่น การเตือนตนเอง, การเบี่ยงเบนความสนใจ 5.การให้ความรู้ ควรให้ความรู้แก่ผู้ที่มีการรับรู้อาการดีแล้ว เนื้อหาหลักได้แก่ สาเหตุ อาการและการรักษาต่างๆ เพื่อให้เข้าใจอาการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาทั้งสองรายมีอาการสมองตื้อซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยติดยาเสพติด จะต้องเสพยาซ้ำๆ และเสพในปริมาณที่มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยติดยาเสพติด นำสารเสพติดเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะเป็นทางใด ยาเสพติดนั้นจะส่งผลกระทบต่อสมองส่วนคิด(Cerebral Cortex)และส่งผลกระทบต่อสมองส่วนอยาก(Limbic System) ผู้เสพยาเสพติดจะรู้สึกมีความสุขในขณะที่ยาเสพติดกำลังออกฤทธิ์ เมื่อยาเสพติดนั้นหมดฤทธิ์ ผู้ป่วยติดยาเสพติดถึงรู้สึกไม่มีความสุขกระวนกระวาย หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการหลงผิด มีการรับรู้และความคิดที่เป็นจริง ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน ประเมิน BPRS 36 คะแนน กรณีศึกษาที่ 2: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการหลงผิด มีการรับรู้และความคิดที่เป็นจริง ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน ประเมิน BPRS 38 คะแนน

ได้ยินเสียงบอกว่ามีคนจะทำร้าย และเห็นภาพหลอน (เห็นผี) Reference ideas วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ความคิดที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการหลงผิด : ผู้ป่วยมีการรับรู้และความคิดที่เป็นจริง : ผู้ป่วยปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน	ของตนเองและร่วมมือในการรักษา 6. ให้การบำบัดทางจิตสังคม Cognitive behavioral therapy : CBT เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการบำบัด Motivational Interviewing การตั้งคำถามที่สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรับรู้ ยอมรับการเจ็บป่วย การรับประทานยาต่อเนื่องและการหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติด ส่งเสริมการเข้าบำบัดจิตสังคม Matrix program หรือการเข้าสถานบำบัดสารเสพติด (กรณีศึกษาที่ 2) 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Depakine Risperidone , Clozapine (ให้ในกรณีศึกษาที่2) ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา แน่นหน้าอก หน้าบวม ผื่น ปวดศีรษะ เหนื่อย ชัก ตาพร่ามัว และภาวะเลือดออกง่าย	
3. มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากอาการทางจิตและขาดแรงจูงใจ ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : มีการกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน : BPRS 117 คะแนน : Barthel ADL index 11 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและระบุกิจกรรมที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ 2. เสริมสร้างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADLs) เช่น การกิน การแต่งตัว การอาบน้ำ	ได้มีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านการดำเนินชีวิตในสังคมเมื่อผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาลจะต้องกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน ดังนั้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตในสังคมเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างปกติสุข(ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2562)

: ประเมินสภาพจิต ด้านรูปลักษณ์ และพฤติกรรม พบว่า แต่งกายไม่เรียบร้อยสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี กรณีศึกษาที่ 2 สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรส่วนตัวได้เองอย่างน้อย 3 อย่าง เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว : Barthel ADL index 12-20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา	3.ให้คำชม สร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยพยายามทำด้วยตนเอง ไม่วิพากษ์วิจารณ์ และให้กำลังใจ 4.ให้คำแนะนำครอบครัวในการช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลกิจวัตรประจำวัน 5.ประเมินอาการทางจิต BPRS และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL index (12-20 คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา) ประเมินผล : ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง Barthel ADL index 20 คะแนน : BPRS 36 คะแนน	ซึ่งผลในการให้การพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1: ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง Barthel ADL index 20 คะแนน BPRS 36 คะแนน กรณีศึกษาที่ 2 สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้เอง
4. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ เบี่ยงเบนเนื่องจากใช้ยาเสพติด ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 สามารถพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยนอนหลับในช่วงกลางคืนได้ไม่สนิทตื่นเป็นช่วงๆ : ผู้ป่วยมีประวัติใช้สารเสพติด กัญชา, กระท่อม ผลปัสสาวะพบสารเสพติดประเภทกัญชา วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับที่เหมาะสม นอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล: 1.ประเมินแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับของผู้ป่วย 2.ประเมินสาเหตุของการนอนไม่หลับ จัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เสียงรบกวน อาการทางจิตหลังใช้สารเสพติด 3.ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอนหลับ และจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลายและสอดคล้องกับการนอน 4.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Clonazepam (2 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น และสังเกตอาการข้างเคียงภายหลัง	กรณีศึกษาที่ 1 สามารถพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ประมาณ 6 ชั่วโมงต่อคืน มีอาการง่วงซึมในตอนกลางวันเล็กน้อย : สนิทสนมขึ้น ไม่บ่นง่วงนอนในระหว่างวัน

: ผู้ป่วยสามารถนอนหลับในเวลา กลางคืนได้ติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง : สีหน้าสดชื่น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย และง่วงนอนระหว่างวัน	การให้ยา เช่น เวียนศีรษะ สันสน และการหายใจที่ช้าหรือสั้น	
5. มีภาวะโภชนาการเกินเนื่องจาก ผลข้างเคียงของยา ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วย 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI = 26.17 kg/m² อยู่ในเกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกิน รับประทานอาหารได้ 3 มื้อ : รูปร่างอ้วน : ผู้ป่วยมีประวัติการได้รับยา Clozapine ,Risperidone เป็น ระยะเวลาสั้น กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ เหมาะสม รักษา น้ำหนักตัวให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติ เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมและมี น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ : BMI = 18.5 - 22.90 kg/m² อยู่ ในเกณฑ์ปกติ	กิจกรรมการพยาบาล: 1.ประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ของผู้ป่วยและบันทึกเป็นระยะเพื่อ ติดตาม 2.ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร คำนวณปริมาณแคลอรีที่ได้รับแต่ละวัน 3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย. 4.ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การควบคุมอาหารและอาหารที่ดีต่อ สุขภาพ เช่น หลีกเลี่ยงขนมหวาน น้ำอัดลม การงดของมันของทอด และรับประทานผักผลไม้ที่มีกากใย ตัมน้ำวันละ 6 - 8 แก้วต่อวัน ประเมินผล : ผู้ป่วยมีค่า BMI = 26.17 kg/m² อยู่ในเกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกิน (เกณฑ์ปกติของค่า BMI = 18.5 - 22.90 kg/m²)	กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยมีค่า BMI =26.17 kg/m² อยู่ในเกณฑ์ ภาวะน้ำหนักเกิน (เกณฑ์ปกติของ ค่า BMI= 18.5 - 22.90 kg/m²) กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีน้ำหนักอยู่ใน เกณฑ์ปกติ
ระยะวางแผนจำหน่าย		
6. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากการขาดความร่วมมือใน	กิจกรรมการพยาบาล: 1.ประเมินความรู้ ทักษะ ความเชื่อ เกี่ยวกับการรักษาและการใช้สาร	แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภทใน ปัจจุบันได้ให้ความสำคัญในการ ส่งเสริม สนับสนุนให้ได้รับการ

การรักษาต่อเนื่อง และการใช้สารเสพติดเมื่อกลับไปอยู่บ้านและชุมชน ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยมีประวัติขาดการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง และขาดนัดมาพบแพทย์บ่อยครั้ง : ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นระยะเวลานาน : มีประวัติการใช้สารเสพติด กัญชา ยาบ้า : การประเมินการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน บคก.สร. V2 = 23 คะแนน (กลุ่มผู้เสพ) : Stage of change = ขั้นลังเล : ประเมินสภาพจิต พบว่า Insight: poor ปฏิเสธการเจ็บป่วย กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยมีประวัติขาดการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหยุดยาเอง และขาดนัดมาพบแพทย์บ่อยครั้ง : ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย : มีประวัติการใช้สารเสพติดกัญชา ,กระท่อม : การประเมินการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน บคก.สร. V2 = 27 คะแนน (กลุ่มผู้ติด) : Stage of change = ขั้นเมินเฉย : ประเมินสภาพจิต พบว่า Insight: lacking ไม่เห็นความจำเป็นของการรักษา	เสพติด ผลเสียสารเสพติด 2.ประเมิน Stage of change และ การใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน บคก.สร. V2 (คะแนน 2-3 กลุ่มผู้ใช้, คะแนน 4-26 กลุ่มผู้เสพ และ คะแนน >27 กลุ่มผู้ติด) 3.ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว Psychoeducation และ การบำบัดครอบครัว Family Therapy เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจโรคจิตเภทและการใช้สารเสพติด แผนการรักษา การสังเกตสัญญาณเตือนก่อนอาการกำเริบ เช่น เดินไปเดินมา พูดคนเดียว ไม่ให้ความร่วมมือ รวมถึงการสนับสนุนการรับประทานยาของผู้ป่วย 4.การสร้างแรงจูงใจMotivational Interviewing ฝึกทักษะชีวิต Life Skills Training เช่น การจัดการเรื่องเวลารับประทานยา และฝึกทักษะการปฏิเสธ การหากิจกรรมที่ชอบทำ 5.ส่งเสริมการเข้าบำบัดจิตสังคม Matrix program หรือการเข้าสถานบำบัดสารเสพติด 6.วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง และให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยใช้รูปแบบตาม D-M-E-T-H-O-D 6.1.D (Disease) ให้ความรู้เรื่องโรคสาเหตุ อาการ และมีการประเมินความพร้อมด้านจิตใจ 6.2.M (Medication) ยารักษาอาการทางจิต เช่น ง่วงซึม กดศูนย์การ	ดูแลและรักษาจากครอบครัว ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่จะให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการตัดสินใจแทนผู้ป่วยอีกด้วย (กมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ, 2562) นำหลัก D-METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (นิภาภรณ์ คงเกียรติพันธ์, 2556) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโดยการเพิ่มความรู้และทักษะด้านการจัดยาเตรียมความพร้อมของญาติ ผู้ดูแลโดยเพิ่มความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านหลังจำหน่ายซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการให้สงบได้ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนการดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพและเป็นปกติสุข กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยเข้าพักที่ศูนย์คุ้มครองได้รับ
--	--	---

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำของโรค เกณฑ์การประเมิน : ผู้ป่วยไม่เกิดการกำเริบซ้ำของโรค : งดการใช้สารเสพติด : ผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้ง	หายใจ แน่นหน้าอก ตาพร่ามัว ปวดศีรษะ ชัก เดินเซและภาวะเลือดออกง่าย ต้องงดการขับชี่ พาหนะและงดการดื่มสุราร่วมกับการรับประทานยา ซึ่งจะทำให้เกิดการออกฤทธิ์เสริมกันและกัน ทำให้มีอาการง่วงซึมมากขึ้น และสังเกตภาวะเลือดออกง่าย หากเกิดอาการเหล่านี้ให้มาพบแพทย์ ยากลับบ้าน กรณีศึกษาที่ 1 - Fluphenazine 50 mg ทุก 1 เดือน ทุกวันที่ 10 ของเดือน - Clonazepam (2mg) ½ เม็ด ก่อนนอน - Propanolol (10mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า - เย็น - Artane (5mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า - เย็น - Depakine (500mg) 2 เม็ด ก่อนนอน - Thioridazine (25mg) 2 เม็ด หลังอาหาร เช้า และ ก่อนนอน ยากลับบ้าน กรณีศึกษาที่ 2 - Fluphenazine 50 mg วันที่มาตรวจตามนัด 2 สัปดาห์ - Clozapine (100mg) 1 ½ เม็ด ก่อนนอน - Clonazepam (2mg) 1 ½ เม็ด ก่อนนอน - Risperidone (2mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า - เย็น	การดูแลจากทีมเจ้าหน้าที่ในเรื่องยาและการตรวจตามแพทย์นัด : การประเมินการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน บคก.สร. V2 =15 คะแนน (กลุ่มผู้เสพ) : Stage of change = ขั้นลงมือแก้ไข กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง : มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง : ไม่กลับไปใช้สารเสพติดในหลังกำหนดจากโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน : ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าบำบัดสารเสพติดและการเข้าบำบัดจิตสังคม Matrix program : การประเมินการใช้สารเสพติดด้วยแบบประเมิน บคก.สร. V2 =23 คะแนน (กลุ่มผู้เสพ) : Stage of change = ขั้นลังเล
---	--	---

	- Risperidone (2mg) 2 เม็ด ก่อนนอน - Artane (5mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า - เที่ยง - เย็น และ ก่อนนอน - Depakine (500mg) 2 เม็ด ก่อนนอน - Tizanidine (4mg) 1 เม็ด ก่อนนอน 6.3.E (Environment) เตรียมความพร้อมชุมชน โดยการลงพื้นที่ร่วมกับผู้นำชุมชนเพื่อให้ให้ความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วย การรักษา การดูแลและป้องกัน มีหน่วยงานเครือข่ายช่วยติดตาม ดูแลผู้ป่วยในชุมชน และการส่งเสริมในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (กรณีศึกษาที่1) การจัดสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาดของบริเวณบ้าน จัดบ้านให้เป็นระเบียบ เก็บอุปกรณ์ของมีคมให้มิดชิด(กรณีศึกษาที่2) 6.4.T (Treatment) การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องรับประทานยาต่อเนื่องไม่หยุดหรือปรับยาเอง การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเจ็บป่วย การยอมรับ การให้ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง หยุดการใช้สารเสพติด และมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด 6.5.H (Health) ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ควรดื่มสุรา สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด โดยไม่คำนึงการดูแลตนเอง และการป้องกันโรคทาง	
--	--	--

	เพศสัมพันธ์ ต้องมีการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง 6.6.O (Outpatient referral) การมาตรวจตามแพทย์นัด 2 เดือน (กรณีศึกษาที่1) และมาตรวจตามแพทย์นัด 2 สัปดาห์(กรณีศึกษาที่2) เพื่อการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำสถานที่ที่ใช้บริการใกล้บ้าน เพื่อสะดวกในการใช้บริการ การมาพบแพทย์นัด ต้องนำบัตรประจำตัวโรงพยาบาล บัตรประชาชน บัตรนัดมาด้วยทุกครั้ง 6.7 D (D = diet) อาหาร แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ตรงเวลาและงดของหวาน ของมันของทอดและงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ น้ำอัดลมและคาเฟอีน	
7. ครอบครัวมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1 : บิดาและมารดามีอายุมาก มีโรคประจำตัว ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพัง โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือคนอื่น บ่นว่าเหนื่อยล้า เครียด วิตกกังวล หงุดหงิดบ่อย มีความขัดแย้งกันในครอบครัว : บิดามีระดับความเครียด 35 คะแนน : มารดามีระดับความเครียด 25คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินความเครียดของญาติและพูดคุยเพื่อหาสาเหตุของความเครียด 2. แนะนำวิธีการจัดการความเครียดและการผ่อนคลาย เช่น ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ละหมาด ดูละคร ฟังเพลง 3.ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพความรักความสามัคคีในครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้ง และหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 4.ให้ข้อมูลแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ศูนย์คุ้มครอง แนวทางการช่วยเหลือจากหน่วยงานสนับสนุน และการ	กรณีศึกษาที่ 1 ประเมินความเครียดบิดาเท่ากับ 22 คะแนน และมารดาเท่ากับ 19 คะแนน (0 - 23 เครียดระดับน้อย) : พี่สาวรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแทนบิดา มารดา : จิตเวชชุมชนและภาคีเครือข่าย มีการลงพื้นที่และเตรียมความพร้อมชุมชน กรณีศึกษาที่ 2.ประเมินความเครียดมารดาเท่ากับ 19 คะแนน (0 - 23 เครียดระดับน้อย) พี่สาวและญาติรับหน้าที่ช่วยดูแลผู้ป่วยและพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

กรณีศึกษาที่ 2 : มารดามีสีหน้าเศร้าหมอง ร้องไห้ บ่อย บอกว่าไม่รู้จะทำอย่างไรกับชีวิต ต้องดูแลลูกชาย รักษาตัวเองไปพร้อมๆกัน พุดเสียงเบาและซำนอนไม่ค่อยหลับ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ไม่มีใครช่วยดูแลผู้ป่วย : มีระดับความเครียด 32 คะแนน วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความเครียดของครอบครัว เกณฑ์การประเมินผล : ญาติสามารถจัดการกับความเครียดได้ : มีระดับความเครียด 0 - 23 คะแนน (แบบประเมินความเครียด SPST-20 ของกรมสุขภาพจิต)	เตรียมความพร้อมของชุมชนก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน	
---	---	--

การเปรียบเทียบนี้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลแสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยทั้งสองรายจะมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีความแตกต่างและคล้ายคลึงกันทั้งระยะการรักษาในโรงพยาบาล และระยะการวางแผนการจำหน่าย แต่มีความแตกต่างในความรุนแรงและบริบทของปัญหา ซึ่งมีผลต่อการวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ระยะการรักษาในโรงพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 มีความบกพร่องด้านการรับรู้และความคิด หลงผิด หูแว่ว และมีพฤติกรรมก้าวร้าวส่งผลต่อการยอมรับของชุมชน เนื่องมาจากการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง ควรมีการเน้นย้ำในการรับประทานยาที่ต่อเนื่องและการเตรียมความพร้อมของชุมชน กรณีศึกษาที่ 2 มีความบกพร่องด้านการรับรู้ความคิดที่เกินความเป็นจริง และส่งผลต่อแบบแผนการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากการขาดความตระหนักของโทษสารเสพติด และยังมีการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ควรเน้นย้ำในการบำบัดสารเสพติดและการสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด

จากการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงทั้ง 2 ราย พบว่ามีความเหมือนและความแตกต่างที่น่าสนใจ โดยทั้งสองรายมีปัญหาคือพื้นฐานที่คล้ายคลึงกันในการรับรู้และความคิดที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการหลักของโรคจิตเภท แต่มีความแตกต่างในระดับความรุนแรงและ ผลกระทบต่อพฤติกรรม กรณีศึกษาที่ 1 มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นทรัพย์สินที่ชัดเจน ส่งผลต่อการกลับสู่ชุมชน และบกพร่องในการดูแลตนเอง ภาวะโภชนาการ กรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหาด้านการรับรู้ หลงผิด การนอนหลับนอกจากนี้ทั้งสองรายมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เรื่องภาวะเครียดของ ครอบครัวแต่มีปัจจัยที่แตกต่างกันซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาในการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องมีการใช้สารเสพติดร่วม บกพร่องในการรับรู้และดูแลตนเอง ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงต่อคนในครอบครัวและชุมชน จนเป็นปัญหาความขัดแย้งในชุมชนปฏิเสธการรับผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน กรณีศึกษาที่ 1 ควรเน้นย้ำในเรื่องการรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด รวมทั้งการประสานงานกับทีมจิตเวชชุมชน เครือข่ายและสหวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมของชุมชนและช่วยเหลือส่งกรณีศึกษาเข้าพักในศูนย์คุ้มครอง กรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหาบกพร่องในการรับรู้ และการยอมรับการเจ็บป่วย ความคิดหลงผิด การรักษาที่ไม่ต่อเนื่องและมีการใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งพบว่ากรณีศึกษาที่ 2 อยู่ในกลุ่มผู้ติดสารเสพติด จึงการมีโอกากลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ง่าย กรณีศึกษาที่ 2 ควรมุ่งเน้นในการให้ความรู้ความเข้าใจ การยอมรับการเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือในการรักษา การบำบัดสารเสพติดและเสริมสร้างแรงจูงใจให้หยุดการใช้สารเสพติด ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลจึงต้องครอบคลุม และการดูแลแบบองค์รวมโดยเน้นที่ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ประเมินปัญหาและความต้องการอย่างรอบด้าน วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยบูรณาการองค์ความรู้ทางการพยาบาลจิตเวชกับศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ การจัดการกับอาการทางจิตด้วยการใช้ยาและการสร้างความตระหนักรู้ในความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตสังคม การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย รวมทั้งการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมต่อเนื่อง โดยต้องมีการปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วย

1.1 ควรพัฒนาแนวทางการประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggression Scale) อย่างเป็นระบบ เนื่องจากพบว่าทั้งสองกรณีศึกษาที่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง

1.2 ควรจัดทำแนวปฏิบัติในการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย เนื่องจากทั้งสองรายมีประวัติใช้กัญชาและสารเสพติดอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมอาการทางจิต

1.3. ควรพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะการจัดการความเครียดและการควบคุมอารมณ์

2. ด้านการทำงานร่วมกับครอบครัว

2.1 ควรพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้และทักษะแก่ครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวที่บ้าน จากกรณีศึกษาพบว่าครอบครัวยังขาดทักษะในการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

2.2 ควรจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล เนื่องจากพบว่าทั้งสองครอบครัวมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

3. ด้านการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

3.1 ควรพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติก่อความรุนแรงในชุมชน เช่น กรณีศึกษาที่ 1 ที่ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิด

3.2 ควรสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนที่เข้มแข็ง โดยประสานงานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานท้องถิ่น

4. ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ

4.1 ควรพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องส่งต่อการรักษาไปยังสถานพยาบาลอื่น

4.2 ควรจัดทำแนวทางการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ครอบคลุมทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

5. ด้านการวิจัยและพัฒนา

5.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

5.2 ควรทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วยการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; 30(1):123-138.
- กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, และ สายทิพย์ สุทธิรักษา. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. ว.เภสัชกรรมไทย; 11(2): 457-462
- กรมสุขภาพจิตและสำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. เชียงใหม่ : [มปท.]; 2556.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิตกรุงเทพ. บริษัท พรเพอร์สพลัส จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยโรคจิตเวช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
- นิภาภรณ์ คงเกียรติพันธุ์. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการ พยาบาลผู้สูงอายุ,บัณฑิตวิทยาลัย, ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2562.). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท บทบาทและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย;
- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). การบำบัดรักษายาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ. ใน วิโรจน์ วีระชัย อังกูร, ภัทรากร, ลำคำ ลักษณะชินชัช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์, และนิภา กิมสูงเนิน (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์การเสพติด (หน้า 147-167). กรุงเทพมหานคร :สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก.
- พิมพ์ลัญช์ อายุวัฒน์, ภาสินี ไทอินทร์ และปรานต์ศศิ เหล่ารัตนศรี. (2562). โรคจิตเภท(Schizophrenia). สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2562, <http://administer.pi.ac.th/uploads/ers>
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง สถานการณ์และแนวทางการป้องกันพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 28(3): 1-15.
- สินเงิน สุขสมปอง, ดุชนฎี อุดมอิทธิพงศ์, และ พลภัทร โล่เสถียรกิจ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 61(4): 331-340
- สมจิตร มณีกานนท์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพ์นิตย, นิตยา จรัสแสง, และ ขวัญสุดา บุญทศ. (2563). ความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์วโรฒ สมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย; 59(4): 371-38
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Godon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and application. McGraw-Hill.

Kahn RS, Keefe RS. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(10): 1107-12.

McGrath J, Saha S, Chant D, Welham, J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008; 30:67-76

Murray, R.B., Huelskoetter, M.M.W. (1991.). *Psychiatric Mental Health Nursing: Giving Emotional Care*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall;