

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน: กรณีศึกษา

นางประภาพรณ นิลศิริ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลพุทธโสธร

### บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การละเลยตนเอง สุขอนามัยที่ไม่ดี ความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี แยกตัวออกจากสังคม ขาดความกระตือรือร้น เกียจคร้าน การสื่อสารน้อยลง และการโดนตีตรา อาการกำเริบของโรคเป็นเรื่องปกติครอบครัวและชุมชนมักกังวล หวาดกลัว และอาจปฏิเสธผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการไม่ให้ความร่วมมือ ดังนั้น พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการให้ความรู้และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดการยอมรับและดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ยกระดับคุณภาพชีวิตและลดการกำเริบของโรค

#### วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ประเมินความพร้อมของครอบครัวและชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการกำเริบของโรค

#### วิธีการดำเนินการ:

กรณีศึกษาให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน จำนวน 1 ราย ระหว่างวันที่ 18 เมษายน 2566 ถึง วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลา 213 วัน โดยพยาบาลชุมชนสามารถใช้ความรู้และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม เครื่องมือในการติดตามผู้ป่วยใช้

แนวทางของ INHOMESSS ในการรวบรวมข้อมูลจากประวัติการรักษา และการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนครอบครัวโดยพยาบาลชุมชนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและประสานงานในชุมชน พร้อมให้ความรู้แก่ครอบครัว คนในชุมชน เรื่องการปรับทัศนคติ วิธีการดูแลโดยชุมชน เช่น ผู้นำชุมชนได้นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

#### ผลการศึกษา :

พบว่าครอบครัวและชุมชนเข้าใจโรค สาเหตุ อาการ และอาการแสดง การดูแลช่วยเหลือ มีการยอมรับ มีทัศนคติที่ดี เห็นคุณค่าของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยอยู่อาศัยในชุมชน และช่วยกันดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีอาการกำเริบ รู้สึกมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน มีอาชีพ มีรายได้ และได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ผู้นำชุมชนรับส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดการกำเริบของโรคและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในที่สุด

#### สรุป:

ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ครอบครัวและชุมชนยอมรับและให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการกำเริบของโรค และไม่เข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล

#### คำสำคัญ :

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน

## Nursing care for schizophrenia patient at home: Case study

Mrs. Prapapun Nilsiri Registernurse

Buddhasothorn Hospital

### Abstract

Schizophrenia is a serious illness that affects the body, mind, and society, such as neglecting oneself, poor hygiene, poor relationships with others, living alone, helplessness, lacking enthusiasm, sluggishness, less communication, and stigma. The relapse of the disease is common. The family and community are usually worried, and fearful, and may reject the patients. These factors lead to housing problems, economic problems, and poor compliance. Therefore, community nurses play an important role in providing knowledge and promoting health care to patients, families, and communities to achieve appropriate acceptance and care for patients, improve the quality of life, and reduce disease recurrence.

#### Objective:

This study aims to provide continuous nursing care for schizophrenia in the communities, assess the readiness of the family and community, and prevent complications and recurrence.

#### Method:

A case study of nursing care for patients with schizophrenia at home quantity: 1 person Between 18 April 2023 and 16 November 2023, a total of 213 days, where community nurses can use this knowledge to appropriately care for the patients in

the community individually. The instrument for following patients used the concept of the INHOMESSS guideline. The data were collected from medical records, family interviews, and community leader interviews. Family nurses followed the patient at home, coordinated in the community, and educated the family and community regarding attitude adjustment, and community care methods such as transportation service by community leaders for continuous hospital visits.

#### Results:

The study found that the family and the community understood the causes, signs, and symptoms of the disease. They provided good care, accepted, had a good attitude, acknowledged the patient's values allowed to live in the community, and helped the patient to receive continuous treatment. The patient was improved, had no relapses, felt valuable, was accepted from family and community, had occupation and income, and received more appropriate care from family and community. The community leaders transported the patient for continuous treatment. The recurrence and hospitalization were finally reduced.

## Conclusions:

The schizophrenia patient was followed and received nursing care in the community continuously. The family and community successfully accepted and looked after the patient to prevent complications or relapses and readmission.

## Keywords:

Nursing care for schizophrenia patient at home

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อตนเองครอบครัวสังคม จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 (7 ล้านคน) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 0.8 (400,000 คน)<sup>(1)</sup> ทั้งนี้พบในเพศชายอาการเริ่มเร็วกว่าเพศหญิง อาการที่แสดงให้เห็นก่อนอายุ 45 ปี และโรคนี้สามารถรักษาได้หายขาด<sup>(2)</sup> แต่พบปัญหา ผู้ป่วยที่อาการกำเริบกลับเป็นซ้ำจากไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ครอบครัวหวาดระแวงไม่ยอมรับไม่มีผู้ดูแล ไม่มีที่อยู่อาศัย ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่สนใจที่จะดูแลตัวเอง ไม่รับประทานยา แยกตัว มีความคิดแปลกๆ และสถิติ ปี 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยกลับเข้าการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลพุทธโสธรร้อยละ 5.4 และ 10 ตามลำดับ<sup>(3)</sup> ซึ่งผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ จากการขาดการรักษาทางโรคจิตเภทที่ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท dopamine ทำให้ dopamine D2 receptor ในสมองทำงานมากขึ้น สารสื่อประสาท dopamine หลั่งมากส่งผลให้อาการหลงผิด ประสาทหลอน ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรม

ที่เคยอดใจ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผนลดลงและเกิดอาการทางจิตรุนแรงส่งผลต่อการรักษา การฟื้นฟู ทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 ในแผนกต่างๆ ได้แก่ แผนกห้องตรวจผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวน 1,008, 1,045 และ 1,100 คนตามลำดับ, แผนกหอผู้ป่วยในมีจำนวน 140, 162 และ 258 คน<sup>(4)</sup> ตามลำดับและกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนมีจำนวน 4, 7 และ 8 คน<sup>(5)</sup> ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจำนวนเพิ่มขึ้นมีความจำเป็นต้องได้รับการติดตามเพื่อดูแลให้การพยาบาลประเมินอาการการรับประทานยาการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนรวมทั้งปัญหาทางด้านเศรษฐกิจพยาบาลชุมชนผู้ให้การดูแลมีบทบาทที่อิสระ ทำทนาย คิดสร้างสรรค์การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและจากการทบทวนผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำพบว่า การรู้จักตนเองยอมรับเข้าใจโรคที่เป็น แสดงออกเหมาะสมกับสถานการณ์ การติดต่อสื่อสาร บอกสิ่งที่คิด ต้องการ กับคนรอบข้างและรับรู้ความต้องการของผู้อื่นการใช้เวลาว่าง พักผ่อนออกกำลังกาย การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การจัดการก่อนมีอาการ การรับประทานยา ผ่อนคลายความเครียดหาเพื่อนคุย การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ติดต่อคนใกล้ชิด หน่วยงานที่ช่วยเหลือเมื่อมีอาการกำเริบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อนการดูแลตนเองด้านร่างกาย กิจกรรมประจำวัน การมาตรวจตามนัด และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ในส่วนของประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำผู้ป่วยมีการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านดีสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เองรวมถึงช่วยดูแลบ้านได้โดยการปฏิบัติดังนี้

การใช้รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว สื่อสาร 2 ทาง คำพูดสุภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เตือนการรับประทานยา ดูแลจิตใจ ช่วยเหลือค่าใช้จ่าย การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต พาไปพบแพทย์ การทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ โดยดูแลไม่ให้อาการกำเริบ ให้อาหารที่พัก ความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย และการจัดการความเครียด เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาจนเกิดความเครียด วิตกกังวล ใช้วิธีปรึกษากันในครอบครัวก่อนรวมทั้งการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ<sup>(5)</sup>

จากผลการศึกษาดังกล่าว นำมาพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วย ต้องดูแลแบบองค์รวมพยาบาลชุมชนให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน เน้นการดูแลทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สิ่งแวดล้อม การประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข<sup>(7)</sup> และต้องใช้ความรู้และทักษะ เช่น การสื่อสาร การประเมินผู้ป่วย ครอบครัว ใช้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลพยาบาลอาการทางจิต พฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิม การสื่อสารพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความสามารถในการเรียนรู้ การทำกิจวัตรประจำวันการรับประทานยาครบต่อเนื่องหรือขาดยาอาการข้างเคียงของยา มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวหรือนอกครอบครัวสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีการชมเชยหรือติเตียน ดุด่า สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง อยู่คนเดียวหรือเร่ร่อน และสามารถประกอบอาชีพดังนั้นความรู้ความเข้าใจดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผู้ดูแล และชุมชนผู้ดูแลและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงจำเป็นเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน<sup>(1)</sup>

ดังนั้นจึงได้จัดทำกรณีศึกษาการติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มี

อาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลายครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ประเมินความพร้อมของครอบครัวและชุมชน ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของโรคส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การเกิดปัญหาการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนโดยติดตามเยี่ยม จำนวน 3 ครั้ง

### โรคจิตเภท

หมายถึง โรคที่ความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยาหรือสารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงานหรือสุขภาพอนามัยของบุคคล<sup>(8)</sup>

### ปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรค

ปัจจัยสาเหตุ มีหลายองค์ประกอบและซับซ้อน ยังไม่มีหลักฐานที่แน่ชัด อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้านหลัก ดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ประกอบด้วย

1.1 พันธุกรรม เนื่องจากโรคจิตเภทมีความซับซ้อนและมีกลุ่มความผิดปกติหลายด้าน พบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตสูงกว่าประชากรทั่วไปซึ่งมีความเสี่ยงตลอดชีวิตต่อการเกิดโรคจิตเภท เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีญาติชั้นที่หนึ่งเป็นโรคจิตเภท ได้แก่ พ่อแม่กับลูกและพี่น้องท้องเดียวกันจะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคมามากขึ้น

1.2 ความผิดปกติของโครงสร้างสมองมีการไหลเวียนของเลือด และเมตาบอลิซึมของกลูโคสในสมองส่วนหน้า ซึ่งเกี่ยวกับการวางแผน การคิดเชิงนามธรรม การปรับตัวทางสังคม และการตัดสินใจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบความผิดปกติสมองส่วน frontotemporal cortical grey matter โดยพบว่ามีขนาดเล็กลง



3.ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ

4.ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

3.อาการด้านการรู้คิด (Cognitive symptom )

- 1.ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผนลดลง
- 2.ความสามารถในการคงความใส่ใจลดลง
- 3.ความจำเพื่อใช้งานบกพร่อง ความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง<sup>(10)</sup>

#### การวินิจฉัยโรคจิตเภท

A.มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1 –3 อยู่ 1 อาการ

- 1.อาการหลงผิด
- 2.อาการประสาทหลอน
- 3.การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (การพูดในลักษณะหัวข้อ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน)
- 4.พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน พฤติกรรมการเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด
- 5.อาการด้านลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น

B.ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่นการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเองลดลงอย่างชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้าน

C.มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการในข้อ A อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) โดยช่วงที่เหลือซึ่งเป็นระยะอาการนำหรืออาการหลงเหลืออาจเป็นเพียงอาการด้านลบหรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย เช่นคิดแปลกๆ หรือมีอาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน

D.ต้องแยก โรคจิตอารมณ์ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว

E.ต้องแยกอาการโรคจิตที่เกิดจากโรคทางกายและสารเสพติดออก

F.ผู้ป่วยที่มีประวัติกลุ่มโรคออทิซึมติก หรือโรคเกี่ยวกับการสื่อสารตั้งแต่เด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภทเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการหลอนที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือนร่วมด้วยนอกจากนี้กรณีผู้ป่วยมีอาการครั้งแรกต้องตรวจหาความผิดปกติทางกายซึ่งอาจมีสาเหตุ หรือตรวจหาโรคร่วม ก่อนให้ยา เช่น Complete blood count, Urinalysis, Blood sugar, Creatinine, Electrolyte Liver function test, Thyroid function test, Urine for substance อาจตรวจ Electrocardiography, Computerized Tomography หรือ Magnetic Resonance Imaging เพิ่มเติม<sup>(7)</sup> กรณีที่สงสัยมีรอยโรคในสมอง เช่น อ่อนแรง ชัก หรือมีอาการเฉียบพลัน เป็นต้น

#### การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.การรักษาโดยใช้ยา

ระยะอาการเฉียบพลัน (Acute )

1.ประเมินอาการทางจิต

2.มีข้อบ่งชี้ที่รับไว้ในโรงพยาบาลหรือส่งต่อ เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ทำร้ายทรัพย์สินไม่สามารถดูแลตนเองได้ โรคทางกายหรือทางจิตซึ่งไม่ปลอดภัยหากรักษาแบบผู้ป่วยนอก

3.ให้ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมกลุ่ม Conventional antipsychotic drug เช่น Haloperidol Perphenazine Chlorpromazine

ระยะอาการโรคสงบ (Stabilization) การใช้ยา ขนานเดิมต่ออีก 6 เดือน

ระยะอาการคงที่ (Maintenance) ให้ยาเดิมขนาดเดิมเป็นเวลา 6 เดือน และค่อยๆปรับยาลง ในกรณีเป็นมากกว่า 1 ครั้ง ให้การรักษาต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี หรือให้ยาตลอดชีวิต

## 2. การบำบัดทางสังคมจิตใจ

ใช้ร่วมกับการรักษาทางยา เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ และอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้

ระยะอาการเฉียบพลัน (Acute) ให้ความรู้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล เรื่องสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษาและผลข้างเคียงของยา ทำจิตบำบัดรายบุคคล ครอบครัว เพื่อผู้ป่วยกลับสู่สภาพความจริง ครอบครัวเข้าใจ ยอมรับและมีสัมพันธภาพที่ดี

ระยะอาการโรคสงบ (Stabilization) บำบัดทางจิตสังคมต่อเนื่อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ประโยชน์ของการรับประทานยาผลข้างเคียงและการจัดการกับผลข้างเคียงของการรับประทานยา เตรียมผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามความเหมาะสม

ระยะอาการคงที่ (Maintenance) บำบัดทางจิตสังคมต่อเนื่องฟื้นฟูผู้ป่วยด้านทักษะการใช้ชีวิตเบื้องต้น ฟื้นฟูความคิด และฟื้นฟูด้านอาชีพ

### การฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลต่อเนื่อง

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอิสระตามเป้าหมายที่ต้องการ และอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่อง เป็นการเฝ้าระวังดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชภายใต้สิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยทีมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่รพ.สต.ร่วมกับบอสม. ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องป้องกันอาการกำเริบขัดขวางคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ

1. เรียนรู้ความคิด พฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยความเข้าใจ

2. การสร้างความสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ไว้วางใจเจ้าหน้าที่เพื่อความสะดวกในการวางแผนกระตุ้นให้ความร่วมมือการดูแลตนเอง การรับประทานยา การยอมรับความช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ

3. การดูแลต่อเนื่องโดยรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นการบริการผสมผสานหลายประเด็นตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เช่น การจัดการความเครียด การให้สุขภาพจิตศึกษา การฝึกทักษะพื้นฐาน ได้แก่ การดูแลตนเองช่วยงานบ้าน

4. ประเมินสภาวะผู้ป่วย อาการปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบโดยใช้แบบติดตามเยี่ยม 9 ด้าน ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น

5. การสร้างเสริมครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กระตุ้นให้ครอบครัวและคนรอบข้างให้กำลังใจ เพื่อผู้ป่วยจะได้กลับคืนบทบาทตนเอง มีงานทำสร้างรายได้

6. การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในชุมชน เรื่องโรคจิตเภท ลดอคติ เข้าใจ ยอมรับ และมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วย

7. การทราบแหล่งช่วยเหลือ ที่ให้การดูแลเป็นองค์รวม หากเกินความสามารถส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา

8. ประเมินความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทรับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของคนพิการทางจิต<sup>(1)</sup>

ทั้งนี้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านพยาบาลชุมชนผู้ให้การดูแลมีบทบาทที่อิสระ ทำทนาย คิดสร้างสรรค์ การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ผลงานวิจัยมาพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วย ต้องดูแลแบบองค์รวม เน้นการดูแลทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สิ่งแวดล้อม การประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข<sup>(6)</sup> และการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ดูแลแบบองค์รวมต้องประเมินสภาพผู้ป่วยครอบครัวในเรื่องที่เกี่ยวข้อง

สุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เครื่องมือแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS มีรายละเอียดดังนี้

I =Immobility ประเมินความสามารถการดูแลตนเองหรือต้องอาศัยผู้อื่น

N=Nutrition ดูภาวะโภชนาการผู้ป่วยในส่วนที่สัมพันธ์กับโรค

H=Home Environment สภาพแวดล้อมบ้าน เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน

O=Other People ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว บทบาทของสมาชิก บุคคลที่รับผิดชอบตัดสินใจแทนผู้ป่วย

E=Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน

S=Spiritual Health ความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆคุณค่าการใช้ชีวิต สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

S=Service ประเมินความเข้าใจ ความรู้สึกผู้ป่วย และครอบครัวต่อระบบการวางแผนดูแล สถานบริการใกล้บ้าน

S=Safety ประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตั้งแต่โครงสร้างบ้าน อุปกรณ์อำนวยความสะดวก ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพผู้ป่วย<sup>(11)</sup>

### การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน: กรณีศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี รูปร่างสูงสมส่วน ผิวสองสี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

**สถานภาพ** โสด

**ระดับการศึกษา** ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

**อาชีพ** รับจ้างทั่วไปอาศัยบ้านเช่าคนเดียว รายได้ไม่แน่นอน  
**ที่มาของข้อมูล**

การเลือกผู้ป่วย พิจารณาจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลายครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบก้าวร้าวรุนแรง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการแจ้งขอความยินยอม

ในการติดตามเยี่ยมให้การพยาบาลที่บ้าน และเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยไม่เผยแพร่ชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วย

**ทะเบียนประวัติผู้ป่วย** ตรวจร่างกาย ชักประวัติผู้ป่วย ป่าอสม. และประธานชุมชน

วันที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 1 เมษายน 2566 เวลา 19.30 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 18 เมษายน 2566 เวลา 12.00 น.

วันที่รับไว้ในความดูแล 18 เมษายน 2566

วันที่จำหน่ายจากความดูแล 16 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาดูแล 213 วัน (เยี่ยมผู้ป่วย 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 20 เมษายน 2566 ครั้งที่ 2 วันที่ 15 มิถุนายน 2566 และครั้งที่ 3 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566)

### อาการสำคัญ

18 เมษายน 2566 รับส่งต่อทางระบบ Smart COC จากโรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้ป่วยส่งต่อให้ติดตามเยี่ยมที่บ้าน เรื่องการดูแลพยาบาลติดตามอาการทางกาย ทางจิต การรับประทานยาอาการข้างเคียงของยา และความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

### ประวัติปัจจุบัน

ประวัติผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ ปี 2554 -2561 รับการรักษาต่อเนื่อง หลังจากปี 2562 ผู้ป่วยขาดการรักษา ต่อเนื่อง ปี 2565 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้งด้วยอาการ เอะอะโวยวาย พูดจาสับสน ทำลายข้าวของ ตำรวจนำส่ง ครึ่งนี้ 2 วัน ก่อนมามีอาการพูดคนเดียว คิดว่ามีคนนินทา ระแวง เหม่อลอย ประธานชุมชน นำส่งโรงพยาบาลรับการรักษาในโรงพยาบาล อาการดีขึ้นผู้ป่วยพูดคุ้ยรู้เรื่อง ไม่มีความคิดหวาดระแวง ได้รับยารับประทานกลับไปรับประทาน และนัดพบแพทย์วันที่ 5 พฤษภาคม 2566 เพื่อฉีดยา Fluanxol 20 mg เข้ากล้ามเนื้อและรับยาต่อเนื่อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียสชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 105/71 มิลลิเมตรปรอท นอนรับการรักษา  
ในโรงพยาบาล 18 วัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ หรือรับการผ่าตัด

### ประวัติการแพ้ยา และสารอาหาร

ไม่มีประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีใดๆ สุกบุญหรือวัน  
ละ 1-2 ของ ประวัติใช้สารเสพติดยาบ้า ตั้งแต่อายุ 16 ปี หยุด  
ใช้ยาเสพติด 12 ปี หลังจากได้รับการรักษาจิตเภท ต่อมเหล้า  
นานๆ ครั้งปัจจุบันไม่ดื่ม

### ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดามีประวัติเป็นจิตเภท เสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ  
และมารดาเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีพี่น้อง ประเมินภาวะ  
สุขภาพองค์รวม โดยใช้ INHOMESSS

I = Immobility ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ปกติ

N = Nutrition รับประทานอาหารได้ตามปกติ 2-3

มื้อ

H = Home Environment สภาพสิ่งแวดล้อมใน  
บ้านเป็นบ้านเช่าชั้นเดียวนอนตงกลางมุ้งบ้านอยู่นอกชุมชน  
อสม. ประธานชุมชนให้การช่วยเหลือดูแลป่าและคนในชุมชน  
ยังไม่ให้เข้ามาอยู่ในชุมชน

O = Other People ประธานชุมชนเป็นผู้ดูแลหลัก  
และตัดสินใจแทนผู้ป่วย

M = Medications ผู้ป่วยไม่เคยใช้ยาสมุนไพร มียา  
รับประทาน Clozapine 100 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน  
Clozapine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน Artane 5  
มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน Depakine 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด  
ก่อนนอน

E = Examination การตรวจร่างกายและสภาพจิต  
ขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรูปร่างสูง รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้  
แต่งกายสะอาด สีหน้าแววตากังวล ตาเหม่อลอย รับรู้  
กาลเวลาและสถานที่ ทำตามคำสั่งพูดคุยสื่อสารตอบคำถาม  
ได้ต่อเนื่องพูดซ้ำน้ำเสียงปกติไม่พูดซ้ำๆ ไม่มีหูแว่วเห็นภาพ

หลอน หลงผิดหรือคิดหวาดระแวง ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าเครียด  
รู้สึกไม่มีคุณค่า ป้าและชุมชนไม่ยอมรับ ไม่ให้เข้าไปอยู่ใน  
ชุมชน แก้ปัญหาโดยสูบบุหรี่ นั่งอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ไม่มี  
ความคิดที่จะฆ่าตัวตายประเมิน 2Q Positive 9Q 8 คะแนน  
ซึมเศร้าระดับน้อยไม่มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ  
ขับถ่ายปกติประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศา-  
เซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที  
ความดันโลหิต 128/79 มิลลิเมตรปรอท

S = Spiritual Health ผู้ป่วยมีความเชื่อทางศาสนา  
แต่ไม่ค่อยได้ไปทำบุญ ภาวนาให้ตนเองหาย จะได้ไม่เป็น  
ภาระใครจะได้ไปทำงาน ทหารายได้ได้มาก

S = Service ผู้ป่วย ประธานชุมชน และอสม.  
รับทราบต้องรับการรักษาต่อเนื่อง ต้องรีบไปโรงพยาบาลที่  
ใกล้บ้านป่าและชุมชนไม่ค่อยเข้าใจการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย  
เนื่องจากกลัวผู้ป่วยอาละวาดทำร้าย

S = Safety ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการขาดยา อาการทาง  
จิตกำเริบ หวาดระแวง ทำร้ายคนและสิ่งของ

### การวินิจฉัย จิตเภท

### เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 วันที่ 20 เมษายน 2566

20 เมษายน 2566 พยาบาลชุมชน พยาบาลผู้ป่วย  
นอกแผนกจิตเวช นักจิตบำบัดพร้อมด้วยนักสังคมสงเคราะห์  
ลงติดตามเยี่ยมประเมินชุมชนร่วมกับประธานชุมชน อสม.  
ป้าผู้ป่วยและคนในชุมชน พบว่าประธานชุมชนและอสม.  
ยอมรับในเรื่องการที่ผู้ป่วยจะกลับเข้ามาอยู่ในชุมชน แต่ป้า  
และคนในชุมชนไม่ยอมรับเนื่องจากกลัวผู้ป่วยอาการกำเริบ  
ทำร้ายคนในชุมชน ประธานชุมชนและอสม.พาทีมเยี่ยมบ้าน  
ไปพบผู้ป่วยที่บ้านเช่านอกชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือ  
ตนเองได้ แต่งกายสะอาด ตามมองเห็นชัดเจน รับรู้กาลเวลา  
และสถานที่ ทำตามคำสั่งพูดคุยสื่อสารน้ำเสียงปกติ พูดคุย  
ตอบคำถามได้ ไม่มีหูแว่วประสาทหลอนหรือคิดหวาดระแวง  
เครียดเรื่องไม่ได้กลับไปอยู่ในชุมชน ชุมชนไม่ยอมให้เข้าไป  
อยู่ร่วม ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส

ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/82 มิลลิเมตรปรอท

### สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ป้าและคนในชุมชนขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท และขาดการยอมรับผู้ป่วย
2. การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
3. เสี่ยงกับขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง การกลับเป็นซ้ำ ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1** ป้าและคนในชุมชนขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท และขาดการยอมรับผู้ป่วย

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ป้าและคนในชุมชน ให้ข้อมูลว่าไม่ทราบผู้ป่วยเป็นอะไร ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร เพราะผู้ป่วยอาละวาดทำร้ายคนในชุมชนบ่อยครั้ง
2. ป้าและคนในชุมชนมีท่าทีในด้านลบโกรธระงี้กยไม่ไห้ผู้ป่วยเข้าอยู่ร่วมในชุมชน
3. ผู้ป่วยนอนรับการรักษาด้วยอาการทางจิตในโรงพยาบาลซ้ำ
4. ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ป้าและคนในชุมชนมีความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทอาการอาการกำเริบและการดูแลผู้ป่วย
2. ป้าและคนในชุมชนยอมรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับป้าและคนในชุมชน
2. ให้ความรู้ ความเข้าใจ กับป้า และชุมชนเกี่ยวกับโรคจิตเภทอาการของผู้ป่วยการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้อาการกำเริบ ทุกคนในชุมชนมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้อาการดีขึ้น

- การเปิดใจรับฟัง ให้กำลังใจผู้ป่วยไม่มองว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลอันตราย

- หลีกเลี่ยงการพูดจาด้วยถ้อยคำรุนแรง

3. แนะนำป้าและคนในชุมชนปรับความคิดและทัศนคติยอมรับว่าผู้ป่วยไม่สบาย ต้องรักษาต่อเนื่อง และผู้ป่วยสามารถรักษาให้อาการดีขึ้นได้

4. เสริมสร้างพลังอำนาจ และส่งเสริมบทบาทประธานชุมชน อสม. นำความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย สื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับป้าและคนในชุมชน

5. แนะนำป้าและคนในชุมชนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับชุมชน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า

6. แนะนำป้าและคนในชุมชนช่วยในการติดตามดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา และการรักษาอย่างต่อเนื่องเฝ้าระวังอาการผิดปกติทั้งทางกายและทางจิต หากพบอาการผิดปกติรีบส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

#### การประเมินผลการพยาบาล

ป้าและคนในชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภท อาการแสดงและการดูแลผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ป้าและคนในชุมชนยอมรับผู้ป่วย ป้าให้ผู้ป่วยมาปลูกเพิงอาศัยบริเวณบ้านและช่วยป้าล้างชามในร้านก๋วยเตี๋ยวช่วงเช้าวันพุธ ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 ผู้ป่วยได้ช่วยป้าล้างชามในร้านก๋วยเตี๋ยวช่วงเช้าวันพุธ พลุหัส และขับมอเตอร์ไซด์รับจ้างช่วงบ่ายทุกวัน

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2** การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าแววตาดูกังวล ประเมิน 2Q Positive 9Q 8 คะแนน ซึมเศร้าระดับน้อย

2. ประธานชุมชน อสม. และผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ป้าและชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย

3.ผู้ป่วยให้ข้อมูลเวลาเครียดรู้สึกไม่มีคุณค่า ใช้วิธีการ  
สูบบุหรี่และนั่งเงียบๆคนเดียว

#### เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมลด  
บุหรี่ยุติและหากิจกรรมทำไม่อยู่คนเดียว
- 2.ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวังและคุณค่าในตนเอง
- 3.ประเมิน 2 Q 9Q น้อยกว่า 8 คะแนน หรือปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1.สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
- 2.ให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท  
อาการ การรักษาการรับประทานครบถ้วนอย่างต่อเนื่องพบแพทย์  
ตามนัด หรือเมื่อมีอาการ
- 3.ประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q 9Q
- 4.แนะนำการจัดการความเครียด และผ่อนคลาย  
ความเครียด แทนการสูบบุหรี่ เช่น ฟังเพลง ฝึกหายใจ  
พูดคุยกับประธานชุมชน อสม.ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ
- 5.ให้กำลังใจผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าของตนเอง ผู้ป่วย  
สามารถกลับไปช่วยเหลือชุมชนได้ ถ้าดูแลตนเองและรับการ  
รักษาอย่างต่อเนื่อง
- 6.แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยนั่งอยู่คนเดียว เนื่องจากจะทำให้  
คิดมาก และอาจจะมีอาการคิดหวาดระแวง หูแว่ว ประสาท  
หลอน
- 7.พยาบาลชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ประธานชุมชน อสม.  
ให้ข้อมูลผู้ป่วย เรื่องการทำความเข้าใจกับป้าและชุมชนใน  
การช่วยเหลือดูแล
- 8.ให้ข้อมูลกับป้าและชุมชนเสริมสร้างความมีคุณค่า  
ในตนเองของผู้ป่วย สามารถลดอาการกำเริบได้ โดยการ  
ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ไม่รังเกียจ ไม่ทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว  
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เช่น รับจ้าง  
ช่วยงานในชุมชน

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยสีหน้าแววตากังวลลดลง ผู้ป่วย ป้าและคนใน  
ชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภท อาการ  
แสดงและการดูแล ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกดีใจมี  
ความสุขที่ได้เข้าไปอยู่ในชุมชนประเมิน 2Q 9Q ปกติ ผู้ป่วย  
สูบบุหรี่น้อยลงจะพูดคุยเล่าให้ประธานชุมชน อสม.ฟัง ป้า  
และคนในชุมชนยอมรับผู้ป่วยให้เข้ามาอยู่ในชุมชน ป้าให้  
ผู้ป่วยมาปลูกพืชผักสวนครัวบริเวณบ้านและช่วยล้างจานที่ร้าน  
ก๋วยเตี๋ยวติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้นบอกว่า  
ดีใจที่ทุกคนยอมรับตน ป้าให้ไปช่วยงานล้างจานที่ร้าน  
ก๋วยเตี๋ยว ได้มีอาชีพขี้นมเตอร์ไซด์รับจ้างสามารถพูดคุย  
เรื่องเครียดกังวลกับป้าและเพื่อนบ้านในชุมชนได้ยังสูบบุหรี่  
เส้นมวนกระดาก 5-10 มวนต่อวัน

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3** เสี่ยงกับขาดการรักษา  
อย่างต่อเนื่องการกลับเป็นซ้ำทำร้ายตนเองและผู้อื่น

#### ข้อมูลสนับสนุน

- 1.ประวัติผู้ป่วยขาดการรักษา รับการรักษาซ้ำในปี  
2565 จำนวน 2 ครั้ง ด้วยอาการ เอะอะไว้วาย พูดจาสับสน  
ทำลายข้าวของ ตำรวจนำส่งโรงพยาบาล
- 2.ประวัติผู้ป่วย 1 เมษายน 2566 ผู้ป่วยมีอาการพูด  
คนเดียว คิดว่ามีคนนินทา ระแวง เหม่อลอย
- 3.ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแล
- 4.ป้าและชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในชุมชน

#### เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยไม่ขาดยารับการรักษาต่อเนื่องและไม่กลับเข้า  
รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน
- 2.ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายตนเองและผู้อื่น

#### กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประสานประธานชุมชน อสม. ช่วยเหลือดูแลพา  
ผู้ป่วยไปตามนัดเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องในระยะแรก

เนื่องจากผู้ป่วยไว้วางใจ และเป็นแกนนำในการประสานการดูแลของชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

2.ให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการของผู้ป่วย ป้าและคนในชุมชนมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้อาการดีขึ้นพร้อมช่วยติดตามดูแลเรื่องการรับยา และการรักษาต่อเนื่อง

3.ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยด้านการรับรู้การเจ็บป่วยตามความเป็นจริง การดูแลตนเองอุปสรรคในการดูแลตนเอง และผลกระทบของอาการกำเริบ ทำให้ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ

4.ส่งเสริมความสามารถในการรับประทานยา Clozapine 100 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน Clozapine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน Artane 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน Depakine 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน ยาที่ได้รับเป็นยาที่รับประทานก่อนนอน ออกฤทธิ์ควบคุมอาการและพฤติกรรมรุนแรง ช่วยให้หลับได้ให้ผู้ป่วยรับประทานต่อเนื่อง พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึมมาก น้ำลายออกมาก มือสั่น ต้องรีบพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลปรึกษาแพทย์ไม่ปรับลดยา หรือดยาเอง

5.ให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากมียาชนิด Fluvoxol ทุก 1 เดือน ยาออกฤทธิ์ในการควบคุมอาการ และพฤติกรรมรุนแรงระยะยาว

6.ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้านการใช้สารเสพติด สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ โดยแจ้งผลดีและผลเสีย เนื่องจากผู้ป่วยสูบบุหรี่มานานกระดาก ซึ่งสารนิโคตินในบุหรี่ที่สูบจะลดประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษา ทำให้ต้องปรับปริมาณยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อาการกำเริบ หงุดหงิด ก้าวร้าว และหวาดระแวง

#### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วย ประธานชุมชน อสม. ป้า และคนในชุมชน รับทราบจะปฏิบัติตาม ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยไม่เข้ารับ

การรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ไม่ขาดยา ไม่มีอาการกำเริบ หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวง คิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ประธานชุมชน พาผู้ป่วยไปรับการรักษาฉีดยา และรับยาต่อเนื่อง วันที่ 5 พฤษภาคม 2566 สูบยาเส้นมวน กระดากเหลือ 10 มวนต่อวัน ป้าและชุมชนช่วยดูแลติดตามอาการผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอทติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวง คิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ไม่ขาดยาสามารถไปฉีดยาทุก 1 เดือน และรับยาต่อเนื่องเองหลังไปพบแพทย์กลับมาจะแจ้งให้ประธานชุมชน และป้าทราบ ยังสูบบุหรี่มวน กระดากวันละ 5-10 มวนต่อวัน ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/72 มิลลิเมตรปรอท **เยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 วันที่ 15 มิถุนายน 2566**

15 มิถุนายน 2566 เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ แต่งกายสะอาด ตามมองเห็นชัดเจน รับรู้กาลเวลาและสถานที่ ทำตามคำสั่งพูดคุยสื่อสารน้ำเสียงปกติ พูดคุยตอบคำถามได้ ไม่มีหูแว่วประสาทหลอนหรือคิดหวาดระแวง คิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ไม่เครียดหรือวิตกกังวล ประเมิน 2Q 9Q ปกติประธานชุมชนพาไปรับการรักษา และรักษาตามนัด 5 พฤษภาคม 2566 ป้าและชุมชนให้ผู้ป่วยย้ายเข้าไปอยู่ในชุมชน ป้าให้ปลูกเพิงอยู่บริเวณบ้าน ให้ช่วยล้างชามช่วงเช้าที่ร้านก๋วยเตี๋ยว ช่วงเช้าวันพุธ ให้รายได้ 200 บาท ติดตามประเมินผลการเยี่ยมครั้งที่ 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1-3 ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยให้ข้อมูลรายได้ผู้ป่วยไม่พอใจ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอท

## สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ทางพยาบาล ดังนี้

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจมีรายได้ไม่พอค่าใช้จ่าย

**ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ทางพยาบาลข้อที่ 4** ปัญหาด้านเศรษฐกิจมีรายได้ไม่พอค่าใช้จ่าย

### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยให้ข้อมูลมีรายได้ไม่พอค่าใช้จ่ายมีรายได้จากการล้างขาม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 200 บาท

### เกณฑ์การประเมินผล

- 1.ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทางสังคม
- 2.ผู้ป่วยมีอาชีพและมีรายได้มากขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทอาการเจ็บป่วยดีขึ้น พร้อมให้กำลังใจ ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำรับการรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา

- 2.ชื่นชม ป้าและคนในชุมชนช่วยเหลือผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในชุมชนไม่ต้องเช่าบ้าน และช่วยหางานให้ผู้ป่วยทำมีรายได้

- 3.หาแหล่งสนับสนุนให้การช่วยเหลือ
- 4.ประสานส่งต่อจดทะเบียนผู้พิการ

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วย ป้าและคนในชุมชนรับฟังคำแนะนำและจะปฏิบัติตาม ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 ผู้ป่วยได้ช่วยล้างขามในร้านก๋วยเตี๋ยวช่วงเช้าสัปดาห์ละ 2 วัน วันพุธ พฤหัส และซั่มมอเตอร์รับจ้างช่วงบ่ายทุกวันรายได้รวม ประมาณวันละ 300 บาท ใช้วันละ 160 บาท ที่เหลือฝากป่า ได้รับการจดทะเบียนผู้พิการทางจิต และได้รับเงินช่วยเหลือด้านเงินสงเคราะห์ครอบครัว

### เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566

16 พฤศจิกายน 2566 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตนเองได้ แต่งกายสะอาด ตามมองเห็นชัดเจน รับรู้กาลเวลาและสถานที่ ทำตามคำสั่งพูดคุยสื่อสารน้ำเสียงปกติพูดคุยตอบคำถามได้ ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ ไม่หงุดหงิดก้าวร้าว หูแว่วประสาทหลอน คิดหวาดระแวง คิดทำร้าย

ตนเองหรือผู้อื่น ไม่ขาดยา สามารถไปผีดยาทุก 1 เดือน และรับยาต่อเนื่องเองหลังไปพบแพทย์กลับมาจะแจ้งให้ประธานชุมชน และป้าทราบ ยังสุขภาพเส้นมวนกระดาดวันละ 5-10 มวนต่อวัน ผู้ป่วยมีรายได้ช่วยล้างขามในร้านก๋วยเตี๋ยวช่วงเช้าสัปดาห์ละ 2 วัน วันพุธ พฤหัส และซั่มมอเตอร์รับจ้างช่วงบ่ายทุกวันรายได้รวม ประมาณวันละ 300 บาท ใช้วันละ 160 บาท ที่เหลือฝากป่า ได้รับการจดทะเบียนผู้พิการทางจิต ได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 800 บาท และได้รับเงินช่วยเหลือด้านเงินสงเคราะห์ครอบครัวติดตามประเมินผลการเยี่ยมครั้งที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ทางพยาบาลข้อที่ 1-4 ได้รับการแก้ไขประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/72 มิลลิเมตรปรอทส่งต่อให้ประธานชุมชน ป้าและชุมชนช่วยเหลือผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแล ให้ติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การรับประทานยา สังเกตพฤติกรรม และอาการทางจิตของผู้ป่วย พร้อมให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการสามารถโทรปรึกษาพยาบาลชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และพยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช หากพบอาการผิดปกติให้รีบพาผู้ป่วยไปรับรักษา และถ้าอาการผู้ป่วยรุนแรงโทรศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 พร้อมประสานตำรวจช่วยนำส่งโรงพยาบาล

### สรุปผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี รูปร่างสูงสมส่วน ผิวสองสี 18 เมษายน 2566 รับส่งต่อทางระบบ Smart COC จากโรงพยาบาลพุทธโสธรผู้ป่วย ส่งต่อให้ติดตามเยี่ยมที่บ้านเรื่องการดูแลพยาบาลติดตามอาการทางกายทางจิต การรับประทานยาอาการข้างเคียงของยา และความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/71 มิลลิเมตรปรอท

ประวัติผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ ปี 2554 -2561 รับการรักษาต่อเนื่อง หลังจากปี 2562 ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ปี 2565 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง ด้วยอาการอะอะโวยวาย พูดจาสับสน ทำลายข้าวของ ตำรวจนำส่งครั้งนี้ 2 วันก่อนมา มีอาการพูดคนเดียว คิดว่ามีคนนิทรา ระแวง เหม่อลอย ประชานชุมชน นำส่งโรงพยาบาล 20 เมษายน 2566 พยาบาลชุมชนติดตามเยี่ยมให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมประเมินพยาบาลผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับประชานชุมชน อสม. ป้าผู้ป่วยและคนในชุมชน พบว่าประชานชุมชนและ อสม. ยอมรับในเรื่องการที่ผู้ป่วยจะกลับเข้ามาอยู่ในชุมชน แต่ป้าและคนในชุมชนไม่ยอมรับเนื่องจากกลัวผู้ป่วยอาการกำเริบ ทำร้ายคนในชุมชน ประชานชุมชนและอสม. พาทีมเยี่ยมบ้าน ไปพบผู้ป่วยที่บ้านเช่านอกชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ แต่งกายสะอาด สีหน้าแววตากังวล ตาเหม่อลอย รับรู้กาลเวลาและสถานที่ ทำตามคำสั่งพูดคุยสื่อสารตอบคำถามได้ต่อเนื่องพูดซ้ำน้ำเสียงปกติไม่พูดซ้ำๆ ไม่มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน หลงผิดหรือคิดหวาดระแวง ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าเครียดรู้สึกไม่มีคุณค่า ป้าและชุมชนไม่ยอมรับให้เข้าอยู่ในชุมชนไม่มีรายได้ ประเมิน 2Q Positive 9Q 8 คะแนน ซึมเศร้าระดับน้อย ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/79 มิลลิเมตรปรอท พบประเด็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1. ป้าและคนในชุมชนขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทและขาดการยอมรับผู้ป่วย 2. การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง 3. เสี่ยงกับขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องการกลับเป็นซ้ำและทำร้ายตนเองและผู้อื่น 4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจมีรายได้ไม่พอค่าใช้จ่าย ให้การพยาบาลดูแลแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน ดูแลทั้งผู้ป่วย ครอบครัวสิ่งแวดล้อม การประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน ส่งเสริมให้ครอบครัว

ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้านความรู้และทักษะ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความต้องการของตนเองกับคนในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยใช้เวลาว่างในการประกอบอาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้ ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง และช่วยป้าล้างชามที่ร้านก๋วยเตี๋ยว สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาต่อเนื่องไม่ขาดยา เห็นคุณค่าของตนเองสามารถเผชิญปัญหาได้ บอกคนในครอบครัวให้ช่วยเหลือหากอาการไม่ดีขึ้นปรึกษาครอบครัวและผู้นำชุมชนเพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือป้าและคนในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจปรับความคิดทัศนคติในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าเข้าไปอยู่ในชุมชน ดูแลเฝ้าระวังอาการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องฉีดยาทุก 1 เดือน ไม่ขาดยา ไม่มีหงุดหงิด หดหู่ หูแว่วประสาทหลอน คิดหวาดระแวง คิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และไม่มีอาการข้างเคียงของยาที่ต้องมารับการปรับยาที่โรงพยาบาลพยาบาลชุมชนได้ประสานให้ผู้ป่วยได้รับการจดทะเบียนผู้พิการ และรับเงินช่วยเหลือสงเคราะห์ครอบครัวประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/72 มิลลิเมตรปรอท ส่งต่อให้ประชานชุมชน ป้าและชุมชนช่วยดูแลผู้ประโยชน์ป่วยต่อเนื่อง โดยให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลซ้ำให้ติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การรับประทานยา สังเกตพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วย พร้อมให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ให้จำหน่ายความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ สามารถโทรปรึกษาพยาบาลชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และพยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวหากพบอาการผิดปกติให้รีบพาผู้ป่วยไปรับรักษา และถ้าอาการผู้ป่วยรุนแรงโทรศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 พร้อมประสานตำรวจช่วยนำส่งโรงพยาบาล จำหน่ายออกจากความดูแลวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาดูแล

213 วัน ติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง (วันที่ 20 เมษายน 2566 วันที่ 15 มิถุนายน 2566 และวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566)

### ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายร่วมกัน และลงประเมินชุมชนซ้ำของทีมพยาบาลชุมชน พยาบาลในหอผู้ป่วยพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช นักจิตวิทยา พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักสังคมสงเคราะห์ และชุมชน เพื่อติดตามความเข้าใจและความพร้อมของชุมชน ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

2.ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถดำเนินชีวิต ไม่มีอาการกำเริบ และไม่ป็นปัญหากับชุมชน

3.ควรจัดทำแนวทางการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

4.ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเพื่อปรับทัศนคติ สร้างความคิดเชิงบวก และเสริมสร้างความเข้มแข็ง ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ กับผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน

5.ควรมีการประสานความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ แหล่งประโยชน์ตั้งแต่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีครอบครัวไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง และไม่มีรายได้

### เอกสารอ้างอิง (References)

- 1.เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี,อนงค์นุช ศาโรตรก,ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์,ชวีรภรณ์ เสียงล้ำ,วีร์ เมฆวิสัย, บรรณาธิการ.คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข).พิมพ์ครั้งที่ 2.นนทบุรี:วิศตอเรียอิมเมจ; 2560.
- 2.สายฝน เอกวางกูร.การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1.พิมพ์ครั้งที่ 3.นครศรีธรรมราช: สามลดา; 2559.
- 3.โรงพยาบาลพุทธโสธร,หอผู้ป่วยจิตเวช.สรุปผลการดำเนินงานหอผู้ป่วยนฤรี โรงพยาบาลพุทธโสธร ปี 2565 - 2566. ฉะเชิงเทรา:โรงพยาบาล; 2566.
- 4.โรงพยาบาลพุทธโสธร,กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศงานเวชสถิติ.สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี 2564-2566.ฉะเชิงเทรา:โรงพยาบาล; 2566.
- 5.โรงพยาบาลพุทธโสธร,กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน.สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี 2564-2566. ฉะเชิงเทรา:โรงพยาบาล; 2566.
- 6.เทียนทอง ทาระบุตร,นาถนภา วงษ์ศิลป์.ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ และผู้ดูแลในชุมชน.วารสารการพยาบาลและสุขภาพจิต 2566;37:81-102.
- 7.กัรดา ไกรนุวัตร,รัชชก คชไกร.การพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1).พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:เอ็นพีเพรส; 2561.
- 8.นันทวิช สิริธิรักษ์,กมลเนตร วรรมเสวก,กมลพร วรรมณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามี, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน.จิตเวชศิริราช DSM – 5. พิมพ์ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:ประยูรสาสน์ไทย; 2559.
- 9.ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์.การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภททบทบาทและกระบวนการ.พิมพ์ครั้งที่ 3.เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย; 2563.

10. มัณฑนา กิตติพิรัชล, ปัทมา ศิริเวช, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, วีร์ เมฆวิสัย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิกิตอเรียอิมเมจ; 2560.
11. นवलขนิษฐ์ ลิขิตลือชา. ชีรพร สติรอังกูร. ทิพย์สุดา ลากภักดี. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
12. สายฝน เอกวางกูร. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติเล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครศรีธรรมราช: สามลดา; 2559.
13. ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. ศาสตร์และศิลป์ของการสัมภาษณ์ทางจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2559.
14. ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์. ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชการเรียนรู้สู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: นีโอ ดิจิตอล; 2565.
15. ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์. กระบวนการพยาบาลชุมชนแนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.