



รายงานการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช  
(Faculty practice)

ดร.กัญจน์อมล ปานแก้ว

ปีการศึกษา 2568

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

## คำนำ

การปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช (Faculty practice) เป็นข้อกำหนดสำหรับอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษาที่ผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลในระดับต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลจิตเวชในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ให้นักศึกษาประยุกต์ความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลจิตเวชศาสตร์จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญที่เกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาต่อยอดไปสู่การวิจัยและพัฒนาด้านการบริการผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (Seamless care) จากระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิสู่ปฐมภูมิ

ดิฉันขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัย รองผู้อำนวยการ หัวหน้าสาขาวิชา พยาบาลพี่เลี้ยง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมทำให้ดิฉันได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง เพื่อนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชต่อไป

ดร.กัญจน์อมล ปานแก้ว

อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

14 กุมภาพันธ์ 2569

## สารบัญ

| เรื่อง  | หน้า  |
|---|-------|
| คำนำ  |       |
| สารบัญ  |       |
| 1. ที่มาและความสำคัญ  | 1-3   |
| 2. สรุปการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยนอก สัปดาห์ที่ 1-2 | 4-9   |
| 3. บันทึกการสะท้อนคิด   | 10-16 |

### ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 บันทึกข้อความ และแผนการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช

ภาคผนวก 2 Power point สรุปประเด็นการเรียนรู้ และการพัฒนาต่อยอดจากการปฏิบัติงาน  
เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช

ภาคผนวก 3 ภาพการทำกิจกรรม

## ที่มาและความสำคัญ

การกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ประมาณ 70.5% ของผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 10 ปีหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก (Chi et al., 2016) ความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำอยู่ที่ประมาณ 3.5% ต่อเดือน โดยปัจจัยต่างๆ เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาที่ไม่ดี ภาวะทางจิตเวชที่รุนแรง และการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้เพิ่มขึ้น (Csernansky & Schuchart, 2002) ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำมีภาระด้านค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่กลับเป็นซ้ำถึงสี่เท่า (Almond et al., 2004) ยาต้านโรคจิตรุ่นที่สองดูเหมือนจะมีประสิทธิภาพดีกว่าในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตเมื่อเทียบกับยาต้านโรคจิตทั่วไป (Csernansky & Schuchart, 2002) การลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วประมาณ 40-50% จะต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายในหนึ่งปี (Bridge & Barbe, 2004) การส่งเสริมการรักษาและการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านยาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นความท้าทายสำหรับบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาและจัดการโรคอย่างเป็นระบบ (Bridge & Barbe, 2004)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในวัย pre-aging (ช่วงอายุ 45–59 ปี) และ วัยผู้สูงอายุ ( $\geq 60$  ปี) เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูงต่อการกลับเป็นซ้ำ (relapse) และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพของสมอง การเสื่อมถอยด้านการรู้คิด โรคร่วมทางกาย การใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง ส่งผลให้การยึดมั่นต่อการรักษาลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบระบุว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในผู้ที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (Johansen et al., 2020) นอกจากนี้ systematic review และ meta-analysis พบว่าการหยุดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการกลับเป็นซ้ำในทุกช่วงวัย แต่มีผลรุนแรงมากขึ้นในผู้สูงอายุ (Leucht et al., 2012; Kishimoto et al., 2018) ความจำเป็นของการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในวัย pre-aging และวัยผู้สูงอายุ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing care) และต่อเนื่อง (continuity of care) โดยมีเหตุผลสำคัญดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพและเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ ทำให้ไวต่อผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต เช่น extrapyramidal symptoms, metabolic syndrome และความเสี่ยงต่อการหกล้ม ส่งผลต่อการไม่ยอมรับการรักษา

2. การเสื่อมถอยด้านการรู้คิดและความจำ ทำให้ผู้ป่วยล้มรับประทานยาและไม่สามารถสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำได้ด้วยตนเอง

3. ภาระของครอบครัวและผู้ดูแล เพิ่มสูงขึ้น หากขาดการสนับสนุนและความรู้ จะทำให้การดูแลต่อเนื่องไม่มีประสิทธิภาพ

4. ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ งานทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การกลับเป็นซ้ำสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค (Almond et al., 2004; Chi et al., 2016)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ระบุองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวัย pre-aging และวัยผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับวัย โดยพิจารณาขนาดยาต่ำสุดที่ได้ผล และการใช้ long-acting injectable antipsychotics ซึ่ง systematic review พบว่าสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (Kishimoto et al., 2018)

2. การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวแบบเฉพาะบุคคล โดยเน้นอาการเตือน (early warning signs) การจัดการผลข้างเคียง และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนจาก systematic review ว่าช่วยลด relapse rate และเพิ่ม medication adherence (Xia et al., 2011)

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล การทบทวนอย่างเป็นระบบด้าน family intervention พบว่าสามารถลดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่พึ่งพาครอบครัวสูง (Pharoah et al., 2010)

4. การดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลจิตเวชชุมชน เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินอาการซ้ำ และการประสานการรักษา ซึ่ง systematic review ด้าน community-based intervention ชี้ว่าช่วยลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิต (Dieterich et al., 2017)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในวัย pre-aging และวัยผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นความสำคัญของประเด็นดังต่อไปนี้

1. การประเมินความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำแบบครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม
2. การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองตามศักยภาพของวัย
3. การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลให้มีทักษะในการสังเกตอาการเตือนและจัดการปัญหาเบื้องต้น
4. การประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การแทรกแซงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention intervention) ช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภท การศึกษาการแทรกแซงทางการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอัตราการกลับเป็นซ้ำต่ำกว่า (12.5%) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (26.2%) แม้ว่าความแตกต่างจะไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิตติ (Meijel, 2003) การศึกษาอีกกรณีหนึ่งในประเทศจอร์แดนแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการแทรกแซงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้อัตราการกลับเป็นซ้ำต่ำเพียง 14.9% (Abu Sabra et al., 2022) องค์ประกอบสำคัญของการแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ ความต่อเนื่องของบริการ และโครงสร้างการรักษาประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง (Prince, 2006) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบระบุองค์ประกอบการรักษา 6 ประการในการแทรกแซงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การรักษาด้วยยา แผนปฏิบัติการเฉพาะบุคคล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทักษะของผู้ป่วย การปฏิบัติตามการรักษา และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Johansen et al., 2020) การปรับการแทรกแซงเหล่านี้ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอาจช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ของการรักษาและความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคอารมณ์สองขั้ว

หลักฐานเชิงประจักษ์จาก systematic review และบทวิเคราะห์ยืนยันว่า การดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทวัย pre-aging และวัยผู้สูงอายุเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง การพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจน ต่อเนื่อง และคำนึงถึงบริบทของวัย จะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างยั่งยืน โดยผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ

1. ผู้ป่วยรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีขึ้น
2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสังเกตและจัดการอาการเตือนได้
3. ลดอัตราการกำเริบซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนดีขึ้นอย่างยั่งยืน

สรุปผลการปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 2-3 และ 5 กุมภาพันธ์ 2569

| ลำดับ<br>ที่ | เพศ  | อายุ<br>(ปี) | ระยะเวลา<br>การป่วย(ปี) | ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย  | การให้คำปรึกษาเฉพาะราย  | หมายเหตุ               |
|--------------|------|--------------|-------------------------|--|---|------------------------|
| 1            | หญิง | 81           | -                       | <p>-รู้สึกเครียด และคับข้องใจที่ต้องดูแล<br/>บุตรสาวที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีภาวะ<br/>ฟุ้งฟิงไม่สามารถทำงานได้ ประกอบกับ<br/>ครอบครัวของบุตรสาวที่ป่วยเป็น<br/>โรคมะเร็งติดเตียงอยู่ต่างจังหวัดต้องการ<br/>ให้ตนเองไปดูแลทำให้เสียค่าเช่าจ่ายใน<br/>การเดินทาง รวมถึงการปรับตัวกับ<br/>สภาพแวดล้อมใหม่</p> <p>-ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนการ<br/>กลับมาเป็นซ้ำ (early warning signs)<br/>และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา<br/>เสี่ยงสูงทางจิตเวช (Clozapine)</p> | <p>-เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกลับข้องใจ</p> <p>-เสนอแนวทางที่เป็นทางเลือกในการจัดการ<br/>ปัญหา และเสริมแรงทางบวก</p> <p>-ให้คำแนะนำแก่บุตรชายให้เฝ้าสังเกตอาการ<br/>เครียด และให้การสนับสนุนทางจิตใจ</p> <p>-การสังเกตอาการข้างเคียงของยาเสี่ยงสูงทาง<br/>จิตเวช (Clozapine)</p> | ผู้ดูแลหลัก<br>(มารดา) |
| 2            | หญิง | 46           | 2                       | <p>-ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้</p> <p>-พร้อมความสามารถในการดูแลตนเอง<br/>บางส่วน มีภาวะฟุ้งฟิงมารดาและพี่ชาย<br/>ในการจัดยา รับการฉีดยา และการไป<br/>ตรวจตามนัด</p>  | <p>-ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา และ<br/>มารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ</p>   | ผู้ป่วย                |

| ลำดับ<br>ที่ | เพศ  | อายุ<br>(ปี) | ระยะเวลา<br>การป่วย(ปี) | ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย  | การให้คำปรึกษาเฉพาะราย  | หมายเหตุ  |
|--------------|------|--------------|-------------------------|--|---|---|
| 3            | ชาย  | 64           | 31                      | -มีอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ทำให้มี<br>อาการหลงผิด หูแว่วและเห็นภาพหลอน<br>บางครั้ง<br>-การจ้างงาน/อาชีพ เพื่อหาเงินใช้จ่าย<br>และเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากการ<br>ว่างงานและไม่มีสังคม<br>-การถูกตีตราจากสังคม           | -แนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิตด้วย<br>ตนเอง ร่วมกับการรับประทานยาอย่าง<br>ต่อเนื่องตามแผนการรักษา<br>-หารายได้จากสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง<br>ตามศักยภาพที่มีอยู่<br>-การรู้คุณค่าในตนเอง การเสริมแรงทางบวก                     | ผู้ป่วย (คุณภักดี)  |
| 4            | หญิง | 41           | 14                      | -ต้องการเงินในการใช้จ่ายใน<br>ชีวิตประจำวัน มารดาเป็นผู้สนับสนุนเงิน<br>-เครียดเนื่องจากตนเองป่วยด้วยโรคจิต<br>เภท ต้องดูแลบุตรที่ป่วยเป็นออทิสติกที่<br>ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอยู่<br>ร่วมกับพี่ชายที่เป็นโรคจิตเภท | -เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ<br>-เสนอแนวทางที่เป็นทางเลือกในการจัดการ<br>ปัญหา และเสริมแรงทางบวก   | ป่วยและเป็น<br>caregiver ให้<br>พี่ชายที่ป่วย(คุณ<br>ทิพวรรณ) |
| 5            | ชาย  | 46           | 19                      | -ต้องการเงินในการใช้จ่ายใน<br>ชีวิตประจำวัน<br>-ต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ<br>ตำบลจ่ายยาจิตเวชให้ในบางครั้ง   | -อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับ<br>ข้อจำกัดว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<br>ไม่สามารถจ่ายยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท<br>เนื่องจากไม่มีจิตแพทย์<br>-การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคร่วม ได้แก่ ความ<br>ดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ | ผู้ป่วย (พี่ชายคุณ<br>ทิพวรรณ)                                |

| ลำดับ<br>ที่ | เพศ  | อายุ<br>(ปี) | ระยะเวลา<br>การป่วย(ปี) | ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย  | การให้คำปรึกษาเฉพาะราย  | หมายเหตุ                      |
|--------------|------|--------------|-------------------------|--|---|-------------------------------|
| 6            | ชาย  | 46           | 15                      |  | -กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง<br>-การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน และไขมันในเลือดผิดปกติ   | ผู้ป่วย (คุณดำรงศักดิ์)       |
| 7            | หญิง | 70           | -                       | -เครียดเกี่ยวกับบุคคลในละแวกบ้านที่เป็นญาติมาตักอาหารที่บ้านเสมอ ๆ ทำให้ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่ม<br>-เครียด และรู้สึกเป็นภาระที่ผู้ป่วยไม่มีงานทำ และขอเงินตลอดทั้งวัน เดินไปเดินมา รุนแรง ทำให้ญาติพี่น้อง รวมถึงน้องสาวของผู้ป่วยต่อว่า | -เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ<br>-อธิบายเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยากับการเดินไปเดินมาของผู้ป่วย<br>-เสนอแนวทางที่เป็นทางเลือกในการจัดการปัญหา และเสริมแรงทางบวก<br>-แนะนำให้หาแหล่งสนับสนุนทางจิตใจที่ผู้ป่วยชอบ เช่น การไปปฏิบัติธรรม | ผู้ดูแลหลัก<br>(มารดาคุณวศิณ) |
| 8            | ชาย  | 45           | 15                      | -สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซอง/วัน รวมถึงการสูบบุหรี่มวนใบจากตลอดทั้งวัน<br>-ดื่มกาแฟ   | -ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารกระตุ้นกับยาจิตเวช<br>-โน้มน้าวให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ลดบุหรี่และกาแฟ   | ผู้ป่วย (คุณวศิณ)             |
| 9            | หญิง | 62           | 45                      | -มีอาการหุแว่ว และพูดคนเดียวไม่ยอมบอกแพทย์เพราะคิดว่าแพทย์คงจะไม่รับฟัง<br>-ไม่รับประทานยาก่อนนอน เพราะไม่อยากติดยาจิตเวช  | -ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปิดเผยอาการให้แพทย์ทราบเพื่อปรับการรักษาต่อไป<br>-แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ไม่ปรับยาเองเพราะจะทำให้อาการทางจิตแย่ลง   | ผู้ป่วย (คุณอรุณี)            |

## สรุปผลการปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 9-10 และ 12 กุมภาพันธ์ 2569

| ลำดับ<br>ที่ | เพศ  | อายุ<br>(ปี) | ระยะเวลา<br>การป่วย(ปี) | ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย  | การให้คำปรึกษาเฉพาะราย  | หมายเหตุ                    |
|--------------|------|--------------|-------------------------|--|---|-----------------------------|
| 1            | หญิง | 68           | 8                       | -ไม่มีอาชีพ และรู้สึกคับข้องใจที่บุตรสาว<br>ควบคุมกำกับการใช้จ่าย ไม่ให้ซบซึ่<br>ยวดยานพาหนะ   | -เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ<br>-เสนอแนวทางที่เป็นทางเลือกในการจัดการ<br>ปัญหา และเสริมแรงทางบวก<br>-แนะนำให้บุตรสาวสังเกตอาการเครียด และ<br>ให้การสนับสนุนทางจิตใจ<br>-เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ | ผู้ป่วย                     |
| 2            | หญิง | 34           | -                       | -ไม่มั่นใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมารดา<br>อยู่แยกกับผู้ป่วยเนื่องจากอาชีพการงาน<br>ดูแลมารดาที่ป่วยได้บางครั้ง ดูแลด้าน<br>การเงินและพามาตรวจตามนัด | -เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ<br>-เสนอแนวทางที่เป็นทางเลือกในการจัดการ<br>ปัญหา และเสริมแรงทางบวก   | ผู้ดูแลผู้ป่วย<br>(บุตรสาว) |
| 3            | ชาย  | 61           | 20+                     | -วิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับยาของแพทย์<br>(ผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์ให้ปรับลดขนาดยา<br>แต่ไม่ทราบว่ายายาใด)  | -แนะนำให้ปรึกษาแพทย์ และรับประทานยา<br>อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา<br>-คงศักยภาพในการหารายได้จากสิ่งที่ผู้ป่วย<br>สามารถทำได้เองตามศักยภาพที่มีอยู่<br>-การรู้คุณค่าในตนเอง การเสริมแรงทางบวก              | ผู้ป่วย (คุณสุวิทย์)        |

| ลำดับ<br>ที่ | เพศ  | อายุ<br>(ปี) | ระยะเวลา<br>การป่วย(ปี) | ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย   | การให้คำปรึกษาเฉพาะราย  | หมายเหตุ                      |
|--------------|------|--------------|-------------------------|---|---|-------------------------------|
| 4            | ชาย  | 43           | 4                       | -ภายหลังการบำบัดรักษาเพื่อเลิกเสพยา<br>เสพติดยังคงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง<br>ยังคงสูบบุหรี่  | -เสริมแรงทางบวกเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด<br>และการเลิกบุหรี่   | ผู้ป่วย (คุณ<br>สำราญ)        |
| 5            | หญิง | 42           | 14                      | -ต้องการเงินในการใช้จ่ายใน<br>ชีวิตประจำวัน<br>-ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อ<br>ป่วยเป็นโรคร่วม คือ เบาหวาน ความดัน<br>โลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ    | -อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการ<br>ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การป้องกันการกลับ<br>เป็นซ้ำและโรคร่วม     | ผู้ป่วย (คุณรจนา)             |
| 6            | ชาย  | 70           | -                       | -วิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว<br>-ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิต<br>เภทที่เป็นโรคร่วม คือ เบาหวาน ความดัน<br>โลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ      | -กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการกำกับให้ผู้ป่วย<br>รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง<br>-การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรคร่วม | ผู้ดูแลหลัก<br>(บิดาคคุณรจนา) |
| 7            | หญิง | 61           | 25 <sup>+</sup>         | -วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง<br>เพราะไม่มีรายได้<br>-ถูกทำร้ายร่างกายจากบุตรสาวที่เป็น<br>ผู้ดูแลบางครั้ง ผู้ดูแลและคนอื่น ๆ ใช้<br>ความรุนแรงในครอบครัว | -การจัดการตนเองด้านการรับประทานยา<br>-การจัดการอารมณ์   | ผู้ป่วย                       |

## สรุปผลการเยี่ยมบ้าน วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2569

| ลำดับ<br>ที่ | เพศ  | อายุ<br>(ปี) | ระยะเวลา<br>การป่วย(ปี) | ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย   | การให้คำปรึกษาเฉพาะราย  | หมายเหตุ                                    |
|--------------|------|--------------|-------------------------|---|---|---|
| 1            | หญิง | 71           | 2                       | -อยู่บ้านเพียงลำพัง เสี่ยงต่อการพลัดตก<br>หกล้มเนื่องจากการทรงตัวผิดปกติ          | -เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ<br>-เสนอแนวทางเลือกในการจัดการปัญหา และ<br>เสริมแรงทางบวก<br>-แนะนำให้ อสม. และเจ้าหน้าที่<br>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามสังเกต<br>อาการ และให้การสนับสนุนทางจิตใจ<br>-เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ   | พบเฉพาะผู้ป่วย                              |
| 2            | ชาย  | 46           | 4                       | -ศักยภาพในการดูแลตนเอง และการ<br>ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เสี่ยงต่อ<br>การถดถอย | -เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล ได้แก่ บิดา และมารดา<br>ระบายความรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาที่<br>พบในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย<br>-กระตุ้นในผู้ป่วยดูแลตนเอง มอบหมายงานที่<br>ไม่ซับซ้อนให้ผู้ป่วยทำ และเสริมแรงทางบวก<br>-แนะนำให้ อสม. และเจ้าหน้าที่<br>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล<br>ติดตามสังเกตอาการ และให้การสนับสนุน<br>ทางจิตใจ<br>-เฝ้าระวังการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ | พบผู้ป่วย และ<br>ผู้ดูแล (บิดาและ<br>มารดา) |

## แบบบันทึกการสะท้อนคิด

การปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 2-3 และ 5 กุมภาพันธ์ 2569

### 1.การบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Description)

ดิฉันสมัครขอรับการฝึกฝนความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ในวันแรกของการฝึกปฏิบัติงานได้รับการดูแลด้านสถานที่ให้คำปรึกษา รวมถึงคำแนะนำจากพยาบาลหัวหน้าแผนกและพยาบาลประจำเป็นอย่างดี หลังจากนั้นมีการจัดสรรผู้รับบริการที่ตรงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผน Faculty practice วันละ 3 คน เพื่อให้มีเวลาในการให้คำปรึกษากับผู้รับบริการอย่างเพียงพอ

ดิฉันให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging group) จำนวน 4 ราย และวัยสูงอายุ (Aging group) 2 ราย รวมถึงผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ที่พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด จำนวน 3 ราย ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยดิฉันยึดหลักการให้ผู้รับบริการสุขภาพเป็นศูนย์กลาง (Client-centered care) และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ กล่าวคือ ดิฉันดำเนินการให้คำปรึกษาโดยเป็นพื้นที่ปลอดภัยให้กับผู้รับบริการสุขภาพ ให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการสุขภาพ ยอมรับผู้รับบริการสุขภาพอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regards) เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสุขภาพเล่าถึงความทุกข์ใจ การดูแลสุขภาพตนเอง ความต้องการความต้องการความช่วยเหลือ/ดูแลจากระบบบริการสุขภาพและด้านอื่น ๆ เพื่อสำรวจปัญหาและทำความเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการสุขภาพ ในการให้คำปรึกษาเฉพาะรายในครั้งนี้ดิฉันใช้หลักการ รับฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) แสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) รวมถึงเทคนิคอื่น ๆ ในการให้คำปรึกษา เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Medical compliance) การสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ (Early warning signs) ที่มีความเฉพาะเจาะจงของผู้รับบริการสุขภาพแต่ละราย

ดิฉันได้สรุปและนำเสนอข้อมูลจากการให้คำปรึกษาของผู้ป่วยในสัปดาห์แรกของการฝึกปฏิบัติ Faculty practice ครั้งนี้แก่พยาบาลหัวหน้าแผนกในวันสุดท้ายของสัปดาห์แรก ดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วย 10 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีความเสื่อมถอยด้านการดูแลตนเองและการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ยารักษาโรคทางจิตเวชสามารถใช้ป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำ และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ควบคู่กับการไปรักษาที่ศาลเจ้า (Spiritual health) ทำให้มีความหวัง (Hope) ที่จะหายจากโรค แต่สิ่งที่ทั้งผู้ป่วยและญาติขาดความรู้คือการสังเกตอาการข้างเคียงของยา ความตระหนักถึงการสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ (Early warning signs) การดูแลตนเองเมื่อมีโรคร่วม สิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเงินสำหรับการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน โอกาสในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ การสนับสนุนทางสังคม (Social support/social circle) การลดการตีตรา (De-stigmatization)

## 2. ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ (Feeling)

ในการฝึกปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรีสัปดาห์ที่ 1 ครั้งนี้ดิฉันรู้สึกภูมิใจที่ได้ให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วย ได้ทำความเข้าใจชีวิตความเป็นอยู่และมุมมองด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการสุขภาพ ดิฉันรู้สึกเห็นใจผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคจิตเภทที่มีโอกาสในการหายจากโรค (Recovery) ค่อนข้างน้อย ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในดูแลสุขภาพผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนเงิน ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันในบางอย่าง เช่น การจัดหาอาหาร การซักเครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกไม่มีทางเลือกเพราะเป็นญาติสายตรงมีความใกล้ชิดกันทางสายเลือด ผู้ดูแลบางส่วนเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องดูแลกันเองภายในครอบครัว บางรายเป็นผู้สูงอายุที่ยอมรับว่าอาจมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้น้อยและเริ่มเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย

## 3. ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Evaluation)

ด้านบวกของการฝึกปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรีสัปดาห์ที่ 1 ครั้งนี้ ดิฉันได้ให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและสูงอายุ ได้ทำความเข้าใจชีวิตความเป็นอยู่และมุมมองด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการสุขภาพ ทำความเข้าใจผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคจิตเภทที่มีโอกาสในการหายจากโรค (Recovery) ค่อนข้างน้อย มุมมองของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาระดูแลผู้ป่วย ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย

ด้านลบดิฉันรู้สึกว่าการให้คำปรึกษาที่ดิฉันให้กับผู้รับบริการสุขภาพอาจเป็นเพียงสิ่งที่ผิวเผินและบรรเทาความทุกข์ได้เพียงชั่วคราว ณ เวลานั้น และอาจไม่มีความยั่งยืนเพราะสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญนั้นเกิดขึ้นทุกวัน ดังนั้นการให้คำปรึกษาเพียง 1 ครั้งอาจไม่สามารถลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ในระยะยาว

## 4. การวิเคราะห์ (Analysis)

การนำจุดเด่นของการตระหนักถึงการให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและสูงอายุที่มีความเรื้อรังของโรค มีความเสื่อมถอยของศักยภาพของกายและสมอง การทำความเข้าใจชีวิตความเป็นอยู่และมุมมองด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการสุขภาพ ทำความเข้าใจผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคจิตเภทที่มีโอกาสในการหายจากโรค (Recovery) ค่อนข้างน้อย มุมมองของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาระดูแลผู้ป่วย ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย (Grover et al., 2025) เป็นประเด็นที่ต้องการการวิจัยและพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย (Onyia et al., 2025)

การให้คำปรึกษาเพียง 1 ครั้งอาจไม่มีความยั่งยืน ไม่สามารถลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ในระยะยาว ดังนั้นจึงควรปรับปรุงให้มีการแทรกแซง (Intervention) ที่ส่งเสริมพลังอำนาจให้มีศักยภาพ (Iswanti et al., 2024) ที่อาจพิจารณาประเด็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing care) และต่อเนื่อง (continuity of care) โดยมีเหตุผลสำคัญดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพและเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ ทำให้ไวต่อผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต เช่น extrapyramidal symptoms, metabolic syndrome และความเสี่ยงต่อการหกล้ม ส่งผลต่อการไม่ยอมรับการรักษา
2. การเสื่อมถอยด้านการรู้คิดและความจำ ทำให้ผู้ป่วยลืมนับประทานยาและไม่สามารถสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำได้ด้วยตนเอง
3. ภาวะของครอบครัวและผู้ดูแล เพิ่มสูงขึ้น หากขาดการสนับสนุนและความรู้ จะทำให้การดูแลต่อเนื่องไม่มีประสิทธิภาพ
4. ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ งานทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การกลับเป็นซ้ำสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค (Almond et al., 2004; Chi et al., 2016)

## 5. การสรุป (Conclusion)

การฝึกฝนความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ในสัปดาห์แรกดิฉันได้รับโอกาสในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในวัยก่อนสูงอายุและสูงอายุ รวมทั้งสิ้น 9 ราย ได้ทำความเข้าใจมุมมองด้านสุขภาพ การจัดการตนเองของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียง ความต้องการการสนับสนุนด้านต่าง ๆ

## 6. การวางแผนการกระทำสำหรับอนาคต (Action Plan)

การให้คำปรึกษาที่ดีฉันให้กับผู้รับบริการสุขภาพอาจเป็นเพียงสิ่งที่ผิวเผินและบรรเทาความทุกข์ได้เพียงชั่วคราว ณ เวลานั้น และอาจไม่มีความยั่งยืนเพราะสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญนั้นเกิดขึ้นทุกวัน ดังนั้นการให้คำปรึกษาเพียง 1 ครั้งอาจไม่สามารถลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ในระยะยาว ดังนั้นจึงควรปรับปรุงให้มีการแทรกแซง (Intervention) ที่ส่งเสริมพลังอำนาจให้มีศักยภาพต่อไป ประเด็นที่ควรเน้นย้ำและนำไปพัฒนาการแทรกแซงควรประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียเมื่อผู้ป่วยปรับยาเอง 2) ความรู้เกี่ยวกับ early warning signs 3) การคงไว้ซึ่ง ADL ของผู้ป่วย 4) โรคร่วม และการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) ในผู้ป่วยจิตเวช 5) การรับรู้ตราบาป/การตีตรา อย่างไรก็ตามก่อนที่จะมีการพัฒนาโครงสร้างของการแทรกแซงควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตและทำความเข้าใจบริบทพื้นที่ ความเป็นอยู่ และศักยภาพของการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อในชุมชนต่อไป

## แบบบันทึกการสะท้อนคิด

การปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

สัปดาห์ที่ 2 ระหว่างวันที่ 9-10 และ 12 กุมภาพันธ์ 2569

### 1. การบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Description)

สัปดาห์ที่ 2 ดิฉันได้รับการดูแลด้านสถานที่ให้คำปรึกษา รวมถึงคำแนะนำจากพยาบาลหัวหน้าแผนกและพยาบาลประจำเป็นอย่างดีเช่นเดิม ในสัปดาห์นี้ดิฉันให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 4 ราย และผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ที่พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด จำนวน 2 ราย ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ดิฉันยังคงยึดหลักการให้ผู้รับบริการสุขภาพเป็นศูนย์กลาง (Client-centered care) และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เน้นย้ำเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Medical compliance) การสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ (Early warning signs) ที่มีความเฉพาะเจาะจงของผู้รับบริการสุขภาพแต่ละรายดังเช่นสัปดาห์ที่ 1 ของการปฏิบัติงาน Faculty practice ดิฉันได้สรุปและนำเสนอข้อมูลจากการให้คำปรึกษาของผู้ป่วยในสัปดาห์แรกของการฝึกปฏิบัติ Faculty practice ครั้งนี้แก่พยาบาลหัวหน้าแผนกในวันสุดท้ายของสัปดาห์ ดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการป่วย ตั้งแต่ 2-20 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองและการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยารักษาโรคทางจิตเวชและเชื่อว่าสามารถใช้ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ การมีสติระลึกรู้ตนเอง การควบคุมตนเอง การสวดมนต์ นั่งสมาธิสั้น ๆ ช่วยให้สามารถควบคุมอาการรุ่มวายเดินไปเดินมา (wandering) ได้ดี แต่สิ่งที่ทั้งผู้ป่วยและญาติขาดความรู้คือการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วม การสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำ (Early warning signs) สิ่ง que ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเงินสำหรับการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน โอกาสในการทำงานเพื่อสร้างรายได้

ในสัปดาห์นี้ดิฉันได้มีโอกาสเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จำนวน 3 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 2 ราย และผู้ป่วยภาวะโรคจิตที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol-induced psychotic disorder) จำนวน 1 ราย

### 2. ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ (Feeling)

ในการฝึกปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรีสัปดาห์ที่ 2 ครั้งนี้ดิฉันรู้สึกเห็นใจผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคทางจิตเวชที่บางรายมีโรคทางกายร่วมด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในดูแลสุขภาพผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนเงิน ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกไม่มีทางเลือกเพราะเป็นญาติสายตรงมีความใกล้ชิดกันทางสายเลือด บางรายเป็นผู้สูงอายุที่ยอมรับว่าอาจมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้น้อยลงและหารายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว

### 3. ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Evaluation)

ด้านบวกของการฝึกปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรีสัปดาห์ที่ 2 ดิฉันได้ให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและสูงอายุ ได้ทำความเข้าใจชีวิตความเป็นอยู่และมุมมองด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการสุขภาพ ทำความเข้าใจผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคจิตเภทที่มีโอกาสในการหายจากโรค (Recovery) ค่อนข้างน้อย มุมมองของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะดูแลผู้ป่วย การจัดการอารมณ์ของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อมีสถานการณ์บีบคั้น เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ และการละเลยการทำงาน รวมถึงการถดถอยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เป็นต้น ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยคล้ายกับสัปดาห์ที่ 1 นอกจากนี้ยังได้ฝึกความเชี่ยวชาญเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยที่มีความสามารถแตกต่างกันทั้งด้านศักยภาพในการดูแลตนเอง และการประกอบอาชีพ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในครั้งนี้ทำให้ดิฉันเข้าใจเกี่ยวกับบริบทชีวิตของผู้ป่วย แนวทางการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีระดับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับน้อยสามารถควบคุมตนเองได้ และการคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการถดถอย

ด้านลบดิฉันรู้สึกว่าการให้คำปรึกษาที่ดิฉันให้กับผู้รับบริการสุขภาพอาจเป็นเพียงสิ่งที่ผิวเผินและบรรเทาความทุกข์ได้เพียงชั่วคราว ณ เวลานั้น และอาจไม่มีความยั่งยืนเพราะสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญนั้นเกิดขึ้นทุกวัน ดังนั้นการให้คำปรึกษา หรือการเยี่ยมบ้านเพียง 1 ครั้งอาจไม่สามารถลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ในระยะยาว

#### 4. การวิเคราะห์ (Analysis)

การนำจุดเด่นของการตระหนักถึงการให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุและสูงอายุที่มีความเรื้อรังของโรค มีความเสื่อมถอยของศักยภาพของกายและสมอง การทำความเข้าใจชีวิตความเป็นอยู่และมุมมองด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการสุขภาพ ทำความเข้าใจผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคจิตเภทที่มีโอกาสในการหายจากโรค (Recovery) ค่อนข้างน้อย มุมมองของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะดูแลผู้ป่วย ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย (Grover et al., 2025) เป็นประเด็นที่ต้องการการวิจัยและพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย (Onyia et al., 2025)

การให้คำปรึกษา และการเยี่ยมบ้านที่ไม่มีความต่อเนื่องอาจไม่มีความยั่งยืน ไม่สามารถลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ในระยะยาว ดังนั้นจึงควรปรับปรุงให้มีการแทรกแซง (Intervention) ที่ส่งเสริมพลังอำนาจให้มีศักยภาพ (Iswanti et al., 2024) ที่อาจพิจารณาประเด็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing care) และต่อเนื่อง (continuity of care) โดยมีเหตุผลสำคัญดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพและเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ ทำให้ไวต่อผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต เช่น extrapyramidal symptoms, metabolic syndrome และความเสี่ยงต่อการหกล้ม ส่งผลต่อการไม่ยอมรับการรักษา

2. การเสื่อมถอยด้านการรู้คิดและความจำ ทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาและไม่สามารถสังเกตอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำได้ด้วยตนเอง

3. ภาระของครอบครัวและผู้ดูแล เพิ่มสูงขึ้น หากขาดการสนับสนุนและความรู้ จะทำให้การดูแลต่อเนื่องไม่มีประสิทธิภาพ

4. ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ งานทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การกลับเป็นซ้ำสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค (Almond et al., 2004; Chi et al., 2016)

## 5. การสรุป (Conclusion)

การฝึกฝนความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ในสัปดาห์แรกดิฉันได้รับโอกาสในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทในวัยก่อนสูงอายุและสูงอายุ รวมทั้งสิ้น 9 ราย ได้ทำความเข้าใจมุมมองด้านสุขภาพ การจัดการตนเองของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยาและอาการข้างเคียง ความต้องการการสนับสนุนด้านต่าง ๆ

## 6. การวางแผนการกระทำสำหรับอนาคต (Action Plan)

การให้คำปรึกษาที่ดีฉันให้กับผู้รับบริการสุขภาพอาจเป็นเพียงสิ่งที่ผิวเผินและบรรเทาความทุกข์ได้เพียงชั่วคราว ณ เวลานั้น และอาจไม่มีความยั่งยืนเพราะสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญนั้นเกิดขึ้นทุกวัน ดังนั้นการให้คำปรึกษา และ/หรือการเยี่ยมบ้านที่ไม่ต่อเนื่องอาจไม่สามารถลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ในระยะยาว ดังนั้นจึงควรปรับปรุงให้มีการแทรกแซง (Intervention) ที่ส่งเสริมพลังอำนาจให้มีศักยภาพต่อไป ประเด็นที่ควรเน้นย้ำและนำไปพัฒนาการแทรกแซงควรประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียเมื่อผู้ป่วยปรับยาเอง 2) ความรู้เกี่ยวกับ early warning signs 3) การคงไว้ซึ่ง ADL ของผู้ป่วย 4) โรคร่วม และการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) ในผู้ป่วยจิตเวช 5) การรับรู้ตราบาป/การตีตรา อย่างไรก็ตามก่อนที่จะมีการพัฒนาโครงสร้างของการแทรกแซงควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตและทำความเข้าใจบริบทพื้นที่ ความเป็นอยู่ และศักยภาพของการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อในชุมชนต่อไป

## อ้างอิง

Almond, S., Knapp, M., François, C., Toumi, M., & Brugha, T. (2004). Relapse in schizophrenia: Costs, clinical outcomes and quality of life.

*The British Journal of Psychiatry*, 184(4), 346–351. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.4.346>

Chi, M. H., Hsiao, C. Y., Chen, K. C., Lee, L. T., Tsai, H. C., Lee, I. H., Yeh, T. L., & Yang, Y. K. (2016).

The readmission rate and medical cost of

patients with schizophrenia after first hospitalization: A 10-year follow-up population-based study. *Schizophrenia Research*, 170(1), 184–190.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.11.021>

Grover, S., Sarkar, S., Naskar, C., & Kamal, N. (2025). Caregiver burden as perceived by caregivers of patients with schizophrenia: A meta-analysis of Indian studies. *Asian Journal of Psychiatry*, 104421.

Iswanti, D. I., Nursalam, N., Fitryasari, R., Sarfika, R., & Saifudin, I. M. M. Y. (2024). Effectiveness of an integrative empowerment intervention for families on caring and prevention of relapse in schizophrenia patients. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241231000.

Onyia, C. O., Lethole, J. S., Olorunfemi, G., & Ngene, N. C. (2025). Sociodemographic Characteristics Implicated in Severe Caregiver Burden amongst Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Cross-sectional Study. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 32(2), 104-114.

## ภาคผนวก 1

บันทึกข้อความ และแผนการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช

ที่ สธ ๑๑๐๓.๐๓/ นค



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช  
สถาบันพระบรมราชชนก  
ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง  
จังหวัดราชบุรี ๗๐๑๑๐

๒๗ มกราคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์สถานที่สำหรับอาจารย์พยาบาลเข้าปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายชื่ออาจารย์ หอผู้ป่วย และวันที่เข้าปฏิบัติการพยาบาล จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช มีนโยบายส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลพัฒนาทักษะและความเชี่ยวชาญในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้อาจารย์ต้องปฏิบัติการพยาบาลจริงในหน่วยบริการไม่น้อยกว่า ๘๐ ชั่วโมงต่อปีการศึกษา ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล เพื่อนำความเชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน พัฒนาทักษะทางคลินิก และสร้างสรรค์งานวิจัย อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ในการนี้ วิทยาลัยฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน ให้อาจารย์พยาบาลเข้าปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice) ณ หน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ รายชื่ออาจารย์ หอผู้ป่วย และวันที่เข้าปฏิบัติการพยาบาล มีรายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวพิชพรรณ ชูเลิศ)

รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ รักษาราชการแทน  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ด้านวิชาการ

โทรศัพท์ ๐ ๓๒๓๓ ๐๔๗๙-๘๒

โทรสาร ๐ ๓๒๓๓ ๐๔๘๓

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

รายชื่ออาจารย์ หน่อผู้ป่วย และวันที่เข้าปฏิบัติการพยาบาล

| ที่ | ชื่อ - นามสกุล          | โรงพยาบาล | ตึก            | วันที่เข้าปฏิบัติการพยาบาล                     |
|-----|-------------------------|-----------|----------------|--|
| ๑   | นางกัญจน์อมล<br>ปานแก้ว | ราชบุรี   | แผนกผู้ป่วยนอก | ๒, ๓, ๕, ๙, ๑๐, ๑๒ ก.พ., ๒๐-๒๓, ๒๗-๒๘ เม.ย. ๖๙ |

## ภาคผนวก 2

Power point สรุปประเด็นการเรียนรู้ และการพัฒนาต่อยอดจากการทำงานเพื่อ  
เพิ่มความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช

**Faculty practice ปีการศึกษา 2568**  
**ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี**

**อาจารย์กัญจน์อมล ปานแก้ว**  
**สาขาการพยาบาลจิตเวช**  
**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช**

# รายละเอียด

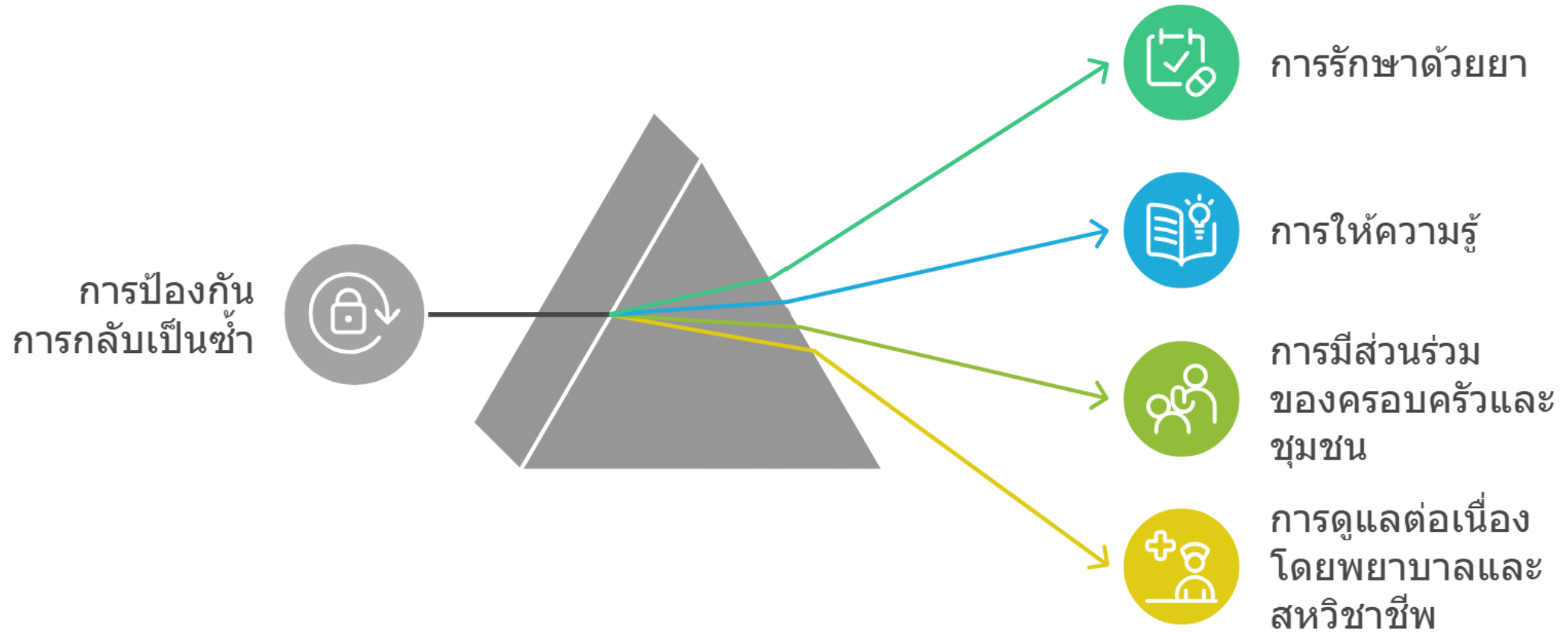
## หัวข้อ: การพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท

| เรื่องที่เกี่ยวข้อง   | บริการที่ทำ<br>(Direct care)   | หน่วยบริการ/<br>ผู้รับบริการ                   | วันเวลา   | เป้าหมาย/วัตถุประสงค์  | ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ  |
|---|--|--|---|--|--|
| การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging group) และวัยสูงอายุ (Aging group) | ให้บริการผู้ป่วยและญาติ โดยการให้คำปรึกษา เฉพาะราย สนับสนุนการใช้นวัตกรรม ร่วมกับการจูงใจ และกระตุ้นเตือน เพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล | แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี | 2-3, 5, 9-10, 12 กุมภาพันธ์, 20-23, 27-28 เมษายน 2569 | เพื่อพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลในการเพิ่มอัตราการรับประทานยา และปฏิบัติตามแผนการรักษา (Medication compliance) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงการรู้เท่าทันอาการเตือน (early warning signs) ของอาการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท | 1. การเพิ่มอัตราการรับประทานยา และปฏิบัติตามแผนการรักษา (Medication compliance)<br>2. ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล<br>3. วิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging group) และวัยสูงอายุ (Aging group) |

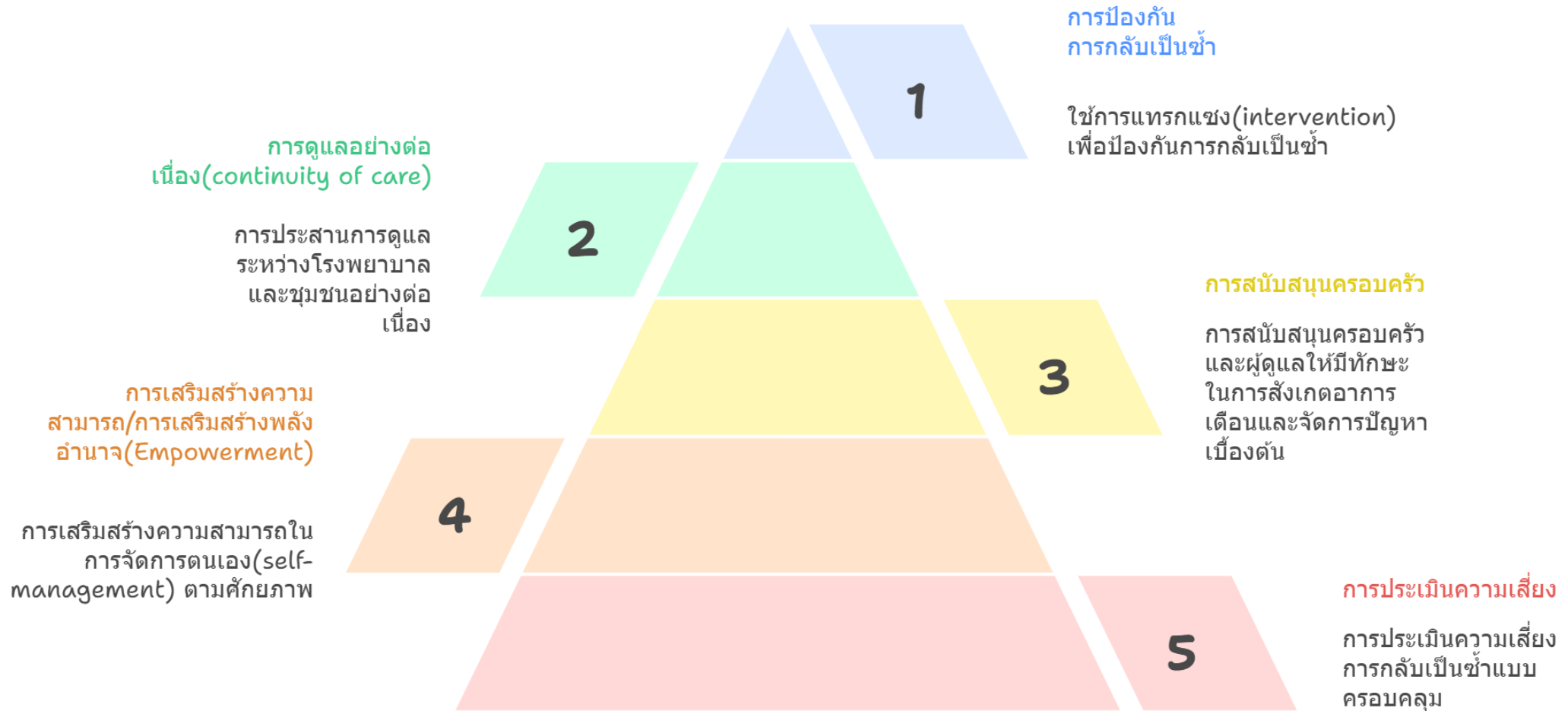
# ความท้าทายของการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท



# การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท และกลับมารักษาซ้ำ



# การดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และกลับมารักษาซ้ำ



# ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ ระหว่างวันที่ 2-3 กุมภาพันธ์ 2569

| ประเด็นหลัก                          | ประเด็นย่อย และคำอธิบาย  |
|--------------------------------------|--|
| ความต้องการ(need)                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ไม่กล้าขออะไรเพราะเกรงใจ</li> <li>-เงินสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน</li> <li>-การจ้างงาน/อาชีพ เพื่อหาเงินใช้จ่ายและเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากการว่างงานและไม่มีสังคม</li> <li>-การสนับสนุนจากสังคม(social support) และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social circle)</li> </ul>                                      |
| ความเชื่อด้านสุขภาพ                  | รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ควบคู่กับการไปรักษาที่ศาลเจ้า (spiritual health) ทำให้มีความหวัง(hope)ว่าจะหายจากโรค  |
| ความรู้เกี่ยวกับยา และอาการข้างเคียง | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ไม่รู้ว่ามียาอะไรบ้าง แต่พร้อมจะปฏิบัติตามแผนการรักษา</li> <li>-รู้ชื่อยา แต่ไม่ว่ามีอาการข้างเคียงอะไรบ้าง (ทราบว่ายาลดไขมันลดความดันแต่ไม่ได้จดจำ เพราะรับรู้ว่าตนเองไม่เคยมีอาการข้างเคียง)</li> </ul>  |
| การจัดการตนเอง(self-management)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>-จัดยา ติดตามวันนัดติดตาม และมาตามนัดด้วยตนเอง(self-management)</li> <li>-ญาติดูแลทุกอย่าง(total care)</li> <li>-ผู้ป่วยจิตเวชดูแลกันเองภายในบ้าน</li> <li>-การสังเกตอาการเตือน(early warning signs) และการจัดการกับอาการทางจิตด้วยตนเอง</li> <li>-ฝึกใจตนเองเพื่อรับมือกับการตีตรา(de-stigmatization)</li> </ul> |
| ข้อดีของการเป็นผู้ป่วยจิตเวช         | -ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐเดือนละ 800 บาท/เดือน และหากเป็นผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ 600 บาท/เดือน ขึ้นไป   |

# ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติ

## วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569

| ประเด็นหลัก                          | ประเด็นย่อย และคำอธิบาย   |
|--------------------------------------|---|
| ความต้องการ(need)                    | -เงินสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน (ผู้ป่วย)<br>-การสนับสนุนจากสังคม(social support) และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social circle)   |
| ความเชื่อด้านสุขภาพ                  | รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน  |
| ความรู้เกี่ยวกับยา และอาการข้างเคียง | -ไม่รู้ว่ามียาอะไรบ้าง แต่พร้อมจะปฏิบัติตามแผนการรักษา<br>-รู้ชื่อยา แต่ไม่รู้ว่ามียาอาการข้างเคียงอะไรบ้าง (ทราบว่ามีอาการข้างเคียงแต่ไม่ได้จดจำ เพราะรับรู้ว่าคุณเองไม่เคยมีอาการข้างเคียง)   |
| การจัดการตนเอง(self-management)      | -จัดยา ติดตามวันนัดฉีดยา และมาตามนัดด้วยตนเอง(self-management)<br>-ญาติดูแลทุกอย่าง(total care)<br>-ผู้ป่วยจิตเวชดูแลกันเองภายในบ้าน<br>-การสังเกตอาการเตือน(early warning signs) และการจัดการกับอาการทางจิตด้วยตนเอง<br>-ฝึกใจตนเองเพื่อรับมือกับการตีตรา(de-stigmatization) |
| ข้อดีของการเป็นผู้ป่วยจิตเวช         | -ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐเดือนละ 800 บาท/เดือน และหากเป็นผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ 600 บาท/เดือน ขึ้นไป  |

# การนำประสบการณ์การฝึกความเชี่ยวชาญ Faculty practice ไปใช้

## เป้าหมายการทำวิจัยและพัฒนา:

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม ก่อนวัยสูงอายุ(Pre-aging) และวัยสูงอายุ(aging) อย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

1. ใช้รูปแบบการวิจัย **Research and development** เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยก่อนสูงอายุ และสูงอายุ
  - 1.1 Qualitative research: การสัมภาษณ์/สังเกต และ focus group
  - 1.2 Quasi-experimental research: Empowerment intervention
2. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต และจิตเวช (**Mental health literacy**) สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นประเด็นสำคัญที่พบจากการฝึกประสบการณ์ ได้แก่
  - 2.1 ผู้ป่วยปรับยาเอง
  - 2.2 ไม่ทราบเกี่ยวกับ early warning signs
  - 2.3 การคงไว้ซึ่ง ADL ของผู้ป่วย
  - 2.4 โรคร่วม อาการข้างเคียง และการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) ในผู้ป่วยจิตเวช
  - 2.5 การรับรู้ตราบาป/การตีตรา
  - 2.6 ความรุนแรงในครอบครัว และสุขภาพจิต
  - 2.7 การส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
  - 2.8 การเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยวัยก่อนสูงอายุ และผู้สูงอายุ

## ภาคผนวก 3

ภาพการทำกิจกรรม

## ภาคผนวก

การปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี  
สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 2-3 และ 5 กุมภาพันธ์ 2569



ภาพที่ 1 ซึ่แจงวัตถุประสงค์และนำเสนอแนวคิดการปฏิบัติงานต่อพยาบาลหัวหน้าแผนก



ภาพที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล



ภาพที่ 3 นำเสนอผลการปฏิบัติงาน และแนวทางการพัฒนางานต่อพยาบาลหัวหน้าแผนก

การปฏิบัติงาน Faculty practice ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี  
สัปดาห์ที่ 2 ระหว่างวันที่ 9-10 และ 12 กุมภาพันธ์ 2569



ภาพที่ 4 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแล



ภาพที่ 5 การเยี่ยมบ้านโรคจิตเภท



ภาพที่ 6 การเยี่ยมบ้านโรคจิตเภท และผู้ดูแล