

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาในหอผู้ป่วยจิตเวช
โรงพยาบาลมหาสารคาม

The nursing care of suicidal risk patients: a case study
in psychiatric ward, Mahasarakham Hospital

พจณี ชูลีลัง, พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)*

Potjane Kuleelung, M.N.S.(Adult Nursing)*

*กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย 44000

*Psychiatric Nursing department, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province, Thailand, 44000

Corresponding author, E-mail address: potanee889@hotmail.com

Received: 13 June 2023 Revised: 20 June 2023 Accepted: 11 Aug 2023

บทคัดย่อ

- วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- วิธีการศึกษา : ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย จำนวน 2 ราย เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบประเมินร่างกายและสภาพจิต การสัมภาษณ์ และการสังเกต รวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ.2566 ขั้นตอน ได้แก่ เลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง ประเมินผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูล ปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล อภิปรายผล สรุปและให้ข้อเสนอแนะ
- ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม มีประวัติ ขาดยา พยายามฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง มาด้วยอาการ หูแว่ว เห็นภาพหลอน พยายามทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง ได้ประเมินปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและปัญหา สุขภาพจิต กำหนดเป็นการพยาบาลใน 2 ระยะ (1) การพยาบาลระยะเร่งด่วน ได้แก่ การป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองซ้ำ การส่งเสริมการทากิจวัตร ประจำวัน การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าตนเองและดูแลการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ (2) การพยาบาลในระยะฟื้นฟู ได้แก่ การส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และการสร้างทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการรักษาและ ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย
- สรุปผลการศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ (1) การประเมินผู้ป่วยครอบคลุม ทุกมิติ (2) การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย (3) ให้การพยาบาลในระยะเร่งด่วน (4) ให้การพยาบาลระยะฟื้นฟู รวมทั้งการเตรียมจำหน่าย โดยส่งเสริมให้ครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
- คำสำคัญ : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ABSTRACT

- Objective** : To study result of the nursing care patients with suicidal risks.
- Methods** : Studying two patients who have suicidal attempt. The study tools including medical record forms, physical and mental health status assessment, in-depth interview, observation. Collected data in February-March, 2023. The methods were specific patients selection, patients assessment, data analysis, nursing process and discussion.
- Results** : Both of two patients were admitted in psychiatric ward, Mahasarakham Hospital, lacked of medication, history of drug abuse, attempted suicidal and often self harm. At ward, the case had auditory and visual hallucination and self harm. They were assessed physical and mental health problem, and defined to nursing care 2 phases (1) acute care period ; suicide/self harm risk prevention, promotion of daily activity, promoting self-worth and ensuring adequate sleep. (2) rehabilitation period ; promoting coping skill and discharge planning. Both of two cases were treated and discharge when their symptoms clear and safe.
- Conclusion** : The nursing care of patient suicidal risks including (1) patients assessment covering all dimensions (2) safe environment management (3) nursing care for acute care period problem (4) nursing care for rehabilitation period and discharge planning with encouraging family to contribute caring.
- Keywords** : patients with suicidal risks, nursing care of patient suicidal risks.

หลักการและเหตุผล

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 800,000 รายต่อปี หรือมีอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายทุก 40 นาที⁽¹⁾ ในปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สำหรับจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2565 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งจังหวัด 5.03 ต่อแสนประชากร ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย คือ การใช้สารเสพติดชนิดสุรา และการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า และจิตเภทตามลำดับ จากสถิติหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม พบผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า (Depression disorders) และผู้ป่วยกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar and related disorder) ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองซ้ำสูงมากถึงร้อยละ 95⁽²⁾

กลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) เหมือนกัน โดยกลุ่มโรคซึมเศร้าจะมีลักษณะสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่า หรืออารมณ์หงุดหงิดซึ่งส่งกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ในขณะที่กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว จะประกอบไปด้วยอาการทางอารมณ์ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งจาก 3 ลักษณะ คือ manic episode, hypomanic และ major depressive episode ในการวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มโรคซึมเศร้าออกจากกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วโดยเฉพาะโรค Bipolar I disorder depressive episode ซึ่งจะมีอาการบางช่วงเข้ากับลักษณะอาการโรคซึมเศร้า major depressive episode ได้ จึงต้องใช้ประวัติการป่วยเป็น manic episode มาก่อนอย่างน้อย 1 ครั้งมาพิจารณาในการวินิจฉัยแยกโรค⁽³⁾

ปัจจุบันความชุกของกลุ่มโรคซึมเศร้าในตลอดช่วงชีวิตหนึ่งของคนไทยอยู่ระหว่างร้อยละ 1.4 -19.9 พบความชุกในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 2 เท่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 20-50 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว พบได้ราวร้อยละ 0.4-0.6 ของประชากร ส่วนใหญ่มักมีอาการตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคคือ พันธุกรรมและการใช้สารเสพติด⁽³⁾ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรคนี้นี้เมื่อเข้าสู่ภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การทำหน้าที่และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัว การทำหน้าที่ต่างๆ ในสังคมบกพร่อง ไม่สามารถทำงานได้ เป็นภาระในการดูแล และเป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบัน⁽⁴⁾ ในระยะยาวอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ถึงร้อยละ 44.2 ในรายที่มีอาการรุนแรง มีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 20 เท่า⁽⁵⁾

ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า และกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงต้องเผชิญกับความเสี่ยงในความพยายามฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการรักษา ซึ่งนอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การพยาบาลด้านร่างกาย จิตใจและการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย รวมทั้งการบำบัดและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง จะเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ผู้ศึกษาจึงคาดหวังว่าการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้มีคุณภาพประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกกรณีศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบเจาะจง จำนวน 2 ราย ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการศึกษาในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 5 มีนาคม พ.ศ.2566 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และแบบประเมินสภาพจิต 3) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 4) การสังเกต ขั้นตอนที่ 3 การใช้กระบวนการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้อาจกรณีศึกษาทั้งสองรายมาวิเคราะห์ปัญหาลงไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดวัตถุประสงค์ให้กิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์การรักษายาพยาบาล และติดตามประเมินผลลัพธ์หลังจำหน่ายกลับบ้านสองสัปดาห์

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม หมายเลขวิจัยเลขที่ MSKH_REC 66-01-023 เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ.2566

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาที่รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 จำนวน 2 รายแบบเจาะจง กรณีศึกษารายที่ 1 การวินิจฉัยโรค Major depressive disorder with psychiatric feature กรณีศึกษารายที่ 2 การวินิจฉัยโรค Bipolar I disorder depression episode with psychiatric feature

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการศึกษาข้อมูล ได้ผลดังนี้
1. ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ผลการตรวจร่างกาย สภาพจิตใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ผลการตรวจด้านร่างกาย ด้านสภาพจิตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ในกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน	- เมื่อ 2 ปีที่แล้ว มีปัญหาถูกบูลลี่ จนมีอาการซึมเศร้า น้อยใจ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ และพยายามฆ่าตัวตายโดยการผูกคอตาย ญาติช่วยเหลือได้ทันและนำส่งเข้ารักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า รักษาด้วยยาเกินได้ 6 เดือน ผู้ป่วยหยุดยาเอง เพราะอาการดีขึ้น จึงคิดว่าตนเองหายขาดมานาน 1 ปี - 1 ปีที่ผ่านมา มีปัญหาเรื่องเพื่อนทำให้อาการซึมเศร้ากำเริบมีความพยายามทำร้ายตนเองด้วยการกรีดแขน ญาตินำส่งโรงพยาบาล แพทย์รักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ 2 เดือน ขาดยาและขาดนัด - 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหูแว่ว มีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง และได้พยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีกระโดดน้ำ ญาตินำส่งโรงพยาบาลจิตเวช แพทย์ให้รักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอก จึงขอกลับมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด - 4 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเศร้าซึม นอนหลับยาก คิดฆ่าตัวตายโดยกินยาแก้ปวดเกินขนาด แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และส่งจิตแพทย์รักษาแบบผู้ป่วยนอก นัดทุก 2 สัปดาห์ มาตามนัด และไม่ขาดยา - 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีปัญหาจึงเศร้าซึมเพิ่มขึ้น คิดอยากตายบ่อยขึ้น หูแว่ว ทำร้ายตนเองรุนแรง มาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์จึงรับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช	- เมื่อ 4 ปีที่แล้ว มีอาการอะละอะ ทำร้ายร่างกายตนเอง ญาติพาไปพบจิตแพทย์ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar I disorder) ระบุซึมเศร้าและรักษาด้วยยาเกินได้ 2 เดือน แล้วหยุดยาเอง เพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว - หลังหยุดยา 2 ปี มีอาการหูแว่ว อยากฆ่าตัวตายจึงรับประทานยาเกินขนาด ญาตินำส่งโรงพยาบาล รักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ - เมื่อ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหูแว่วมากขึ้น ได้ยินเสียงคนเรียก ถ้าหูแว่วมากจะทำร้ายตนเองด้วยการกรีดแขน บางครั้งเห็นภาพหลอนก็จะทุบตีตนเอง ไม่ขาดนัด แต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากข้อจำกัดในการทำงาน - 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตามแพทย์นัด ผื่นร้ายถึงประสพการณ์ด้านลบในอดีต เห็นภาพหลอน ควบคุมตนเองไม่ได้ ร้องไห้กรีดร้อง ทำร้ายตนเอง ตบตีตนเอง กรีดแขนตนเองหลายตำแหน่ง - วันมาตรวจตามนัด ในขณะที่รอตรวจ มีหูแว่วเห็นภาพหลอน จึงควบคุมตนเองไม่ได้ ตบศีรษะตนเองหลายครั้ง แพทย์ให้การรักษาด้วยยาฉีดคือ valium 10 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดดำทันที หลังให้ผู้ป่วยอาการสงบ แต่ยังมีหูแว่วได้ยินเสียงผู้ชายบอกให้ทำร้ายตนเองเป็นระยะ แพทย์จึงรับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยจิตเวช

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ผลการตรวจด้านร่างกาย ด้านสภาพจิตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ในกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลการตรวจร่างกาย	- ร่างกายทุกระบบและสัญญาณชีพปกติ	- ร่างกายทุกระบบและสัญญาณชีพปกติ
ผลการตรวจสภาพจิตที่สำคัญ	มีรอยแผลเป็นจากของมีคมที่แขนข้างขวา - ประเมิน 2Q:9Q:8Q ได้คะแนน 2 :20 :16 แปลว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง - ประเมิน Hamilton Rating scale for depression (Thai version) ⁽⁶⁾ ได้ 31 คะแนน แปลความระดับ Depression ตาม DSM-II-R คือ Major Depression - แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating scale) ⁽⁶⁾ ได้ 59 คะแนน แปลว่ามีอาการระดับมาก - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale) ⁽⁶⁾ ได้ 3 คะแนน แปลว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองไม่ได้ อยู่ในระดับเร่งด่วน (Emergency)	มีรอยแผลเป็นจากของมีคมที่แขนสองข้าง - ประเมิน 2Q:9Q:8Q ได้คะแนน 2 :21 :52 แปลว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง - คะแนน Hamilton Rating scale for depression (Thai version) ⁽⁶⁾ ได้ 31 คะแนน แปลความระดับ Depression ตาม DSM-II-R คือ Major Depression - แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating scale) ⁽⁶⁾ ได้ 66 คะแนน แปลว่ามีอาการระดับมาก - แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale) ⁽⁶⁾ ได้ 2 คะแนน แปลว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้ อยู่ในระดับเร่งด่วน (Urgency) ที่ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง - แบบประเมิน TMRS (Thai young mania rating scale) ⁽⁶⁾ ได้ 29 คะแนน แปลว่า moderate mania
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ	- ค่าเม็ดเลือดคือ Hemoglobin ต่ำกว่าปกติ แต่ Hematocrit ปกติ - ค่า BUN, Cr ปกติ - ผลการตรวจไทรอยด์ ด้วย TSH, Free T4 และ Free T3 ปกติ	- ค่าเม็ดเลือดคือ Hemoglobin และ Hematocrit ต่ำกว่าปกติ - ผลการตรวจ THC พบเป็นบวก - ค่า Lithium ในเลือดปกติ - ค่า BUN, Cr ปกติ - ผลการตรวจไทรอยด์ ด้วย TSH, Free T4 และ Free T3 ปกติ

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษาทั้งสองราย มาด้วยอาการที่คล้ายคลึงกันคือ มีอาการซึมเศร้ากำเริบ จนมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย สาเหตุสำคัญที่ทำให้อาการกำเริบเกิดจากการขาดยาหรือหยุดยาเอง และกรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ซึ่งการใช้สารเสพติดจะมีฤทธิ์

ต่อประสาทสัมผัสหลอนได้⁽⁷⁾ ทำให้มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอนของกรณีศึกษาที่ 2 รุนแรง

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ประยุกต์ใช้การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน⁽⁸⁾ ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินตามแบบแผนด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	- การรับรู้สุขภาพ ตระหนักรู้ว่าตนป่วย เพราะรู้สึกเศร้ามาก หิวแหว่มากขึ้น ทำร้ายตนเอง ทำให้ต้องรักษาในโรงพยาบาล แต่ยังคงกลัวเพื่อนรู้และกังวลเรื่องขาดเรียน - การดูแลสุขภาพ เคยหยุดรับประทานยาเองมานาน 1 ปี เพราะคิดว่าหายแล้วปัจจุบันกินยาไม่สม่ำเสมอ สัมกินยาเป็นบางวัน ไม่มีผู้ควบคุมการกินยาที่บ้าน และมาตามนัดจิตเวชแพทย์ไม่สม่ำเสมอ ถ้าอาการไม่ค่อยดี รู้สึกเศร้าถึงจะมาพบแพทย์ - ปฏิเสธการเสพยา บุหรี่และสารเสพติด	- การรับรู้สุขภาพ ตระหนักรู้ว่าหิวแหว่มากมีเสี่ยงให้ทำร้ายตนเอง เมื่อเห็นภาพหลอนจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้ต้องรักษาในโรงพยาบาล กังวลเรื่องการขาดงาน - การดูแลสุขภาพ เคยหยุดรับประทานยาเองมานาน 2 ปี เพราะคิดว่าหายแล้วปัจจุบันกินยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดในการทำงาน ไม่มีผู้ควบคุมการกินยา มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง - ประวัติการใช้สารเสพติด ได้แก่ สุรา บุหรี่ กัญชาและกระท่อม ปัจจุบันยังใช้ต่อเนื่อง ใช้ครั้งสุดท้าย 1 เดือนที่แล้ว
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	- รับประทานอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหาร บางวันรับประทานไม่ครบ 3 มื้อ - น้ำหนัก 46 กิโลกรัม BMI 18.9 kg/m² ปกติ	- รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่เบื่ออาหาร ชอบรับประทานขนมและผลไม้ - น้ำหนัก 55 กิโลกรัม BMI 21 kg/m² ปกติ
3. การขับถ่าย	- ควบคุมได้ ขับถ่ายปกติ	- ควบคุมได้ ขับถ่ายปกติ
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	- ทำกิจกรรมประจำวันได้เอง มักอยู่ในห้องคนเดียว เล่นโทรศัพท์มือถือวันละ 4-5 ชั่วโมง เมื่อไม่ได้เล่นโทรศัพท์จะหงุดหงิด - ไม่ชอบออกกำลังกาย	- ชอบสังสรรค์กับเพื่อน แต่ส่วนใหญ่จะอยู่หอ เล่น facebook และช้อปปิ้งออนไลน์ - เมื่อไม่ได้เล่นโทรศัพท์จะหงุดหงิด - การออกกำลังกาย นานๆ ครั้ง ด้วยการวิ่ง
5. สติปัญญาและการรับรู้	- มีปัญหา มี 2 ด้าน คือ - การรับรู้ : มีหิวแหว่ จำเนื้อหาไม่ได้ อาการหิวแหว่มีทั้งกลางวันและกลางคืน - การตัดสินใจ : เมื่อเผชิญปัญหามักมีหน้าเศร้า แยกตัว ร้องไห้ พุดน้อยและสนใจทำกิจกรรมประจำวันลดลง	- มีปัญหา มี 3 ด้าน คือ - การรับรู้ : มีหิวแหว่ เสียขวัญ บอกให้ไปตาย บางครั้งเห็นภาพหลอนในช่วงกลางคืน - สมาธิและความสนใจ : ไม่มีสมาธิ - การตัดสินใจ : เมื่อเผชิญปัญหามักตัดสินใจด้วยอารมณ์โกรธ หุนหันพลันแล่น
6. การพักผ่อนนอนหลับ	- นอนไม่ค่อยหลับ มักสะดุ้งตื่นกลางคืน - เนื่องจากหิวแหว่ นอนเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมงต่อวัน	- นอนไม่ค่อยหลับ มักจะเห็นภาพหลอน และหิวแหว่ในตอนกลางคืน
7. การรับรู้ตนเองและอัตลักษณ์	- รู้ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า จำเป็นต้องรักษา แต่ไม่ชอบได้ยินคำว่าผู้ป่วยโรคจิต หรือป่วยซึมเศร้า และไม่ยอมให้เพื่อนรู้ - คิดว่าตนเองแย่ ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ	- รู้ว่าตนเองมีปัญหาการควบคุมอารมณ์ เคยทะเลาะกับเพื่อน เพราะคิดว่าเพื่อนบูลลี่ - รู้สึกว่าแม่ไม่รัก รักพ่อเสียมากกว่าตัวเอง - ไม่มีคนที่ครอบครัวที่ไว้วางใจได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินตามแบบแผนด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนในกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

แบบแผน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธ์ภาพ	- รู้สึกว่าบิดามารดาไม่เข้าใจตนเอง ปัจจุบันอาศัยอยู่กับตาบยาย และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับยาย เวลามีปัญหา มักจะปรึกษายาย ยายเป็นผู้ดูแลที่บ้าน - มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนที่เรียนด้วย แต่ความสัมพันธ์กับอาจารย์บางคนไม่ดี รู้สึกว่าอาจารย์บางคนไม่เข้าใจอาการเจ็บป่วย	- บิดามารดาแยกทางกัน มารดามีคู่อีกหลายคน มีประสบการณ์ด้านลบกับพ่อเลี้ยง ทำให้มีอาการทุกครั้งที่เห็นภาพหลอนและหูแว่วเสียง พ่อเลี้ยง แยกตัวออกมาจากครอบครัว มาหลายปี ปัจจุบันอาศัยอยู่หอกับเพื่อน - มักเปลี่ยนงานบ่อย เพราะคิดว่าเพื่อนร่วมงานบูลลี่
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟน ไม่เคยตั้งครรภ์	- เคยแท้ง 1 ครั้ง ปัจจุบันมีบุตร 1 คน
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	- เคยกำเริบโดยการใช้อุบาย - เมื่อมีความเครียดจะเก็บตัวในห้อง เล่น facebook หรือ app line ไม่ชอบพูดคุยกับใคร เวลามีอาการเศร้าและกรีดแขนตนเอง	- เคยกำเริบโดยการฝังยาคุม - เมื่อมีความเครียดจะชอบพูดคุยกะบายออกกับเพื่อนโดยตรงและใน facebook
11. ความเชื่อ	- มารดาจะไม่เข้าใจบอกว่าแกล้งทำ ทำให้รู้สึกเศร้าและไม่อยากรับประทานยา - เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ใน 2 ปี มีการพยายามฆ่าตัวตาย 4 ครั้ง - ไม่เชื่อในศาสนา เคยทำบุญตอนเป็นเด็ก	- จะมีการมรณะคร่าเวลาทะเลาะกับแฟน หรือเห็นภาพหลอน ใช้วิธีระบายอารมณ์เศร้า โดยการกรีดแขน ตบตีทำร้ายตนเอง - เมื่อ 2 ปีก่อนเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายโดยรับประทานยาเกินขนาด - ไม่มีความเชื่อในศาสนา ไม่เชื่อเรื่องบุญ

จากตารางที่ 2 กรณีศึกษาทั้งสองรายมีปัญหาภาวะสุขภาพใน 6 แบบแผนที่ต้องให้การรักษายาบาล ปัจจัยภายในที่สำคัญ คือ ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และทักษะความคิดการตัดสินใจแก้ไขปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ปัจจัยภายนอก คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการขาดยา จากการประเมินปัญหา สรุปการพยาบาลที่สำคัญคือ การป้องกันการทำร้ายตนเอง การดูแลด้านสุขอนามัย การพยาบาลเพื่อการปรับพฤติกรรม และพัฒนาทักษะการตัดสินใจแก้ไขปัญหาให้เหมาะสม

เมื่อผู้ป่วยพร้อมกลับบ้านการเตรียมจำหน่ายที่มีคุณภาพ จะช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ดีได้⁽⁹⁾

ขั้นตอนที่ 3 การใช้กระบวนการพยาบาล

จากข้อมูลภาวะสุขภาพของกรณีศึกษาทั้งสองราย จำเป็นต้องได้รับการพยาบาลในระยะเร่งด่วนและระยะฟื้นฟู จึงมีการกำหนดกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาทุกระยะ ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การพยาบาลระยะเร่งด่วน 1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและมีประวัติฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล 2. เปื่อหน่ายแยกตัว เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า 3. การรับรู้คุณค่าตนเองแปรเปลี่ยน เนื่องจากมีความรู้สึกว่ตนเองไม่มีคุณค่า 4. นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะหิวแ่วว 2. การพยาบาลระยะฟื้นฟู 1. การจัดการสภาพปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดทักษะการเผชิญปัญหาและการปรับตัว 2. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดทักษะการดูแลตนเองที่บ้านเนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องโรค การปฏิบัติตน	1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ เนื่องจากป่วยด้วยโรค Bipolar I disorder ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และมีประวัติฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล 2. เปื่อหน่ายแยกตัว เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า 3. การรับรู้คุณค่าตนเองแปรเปลี่ยน เนื่องจากมีความรู้สึกว่ตนเองไม่มีคุณค่า 4. นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาวะหิวแ่ววและเห็นภาพหลอน 1. การจัดการสภาพปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดทักษะการเผชิญปัญหาและการปรับตัว 2. ผู้ป่วยขาดทักษะการดูแลตนเองที่บ้านเนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องโรค การปฏิบัติตน

ในตารางที่ 3 พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะเร่งด่วนเหมือนกัน แต่ในการพยาบาลระยะฟื้นฟู มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้ให้การพยาบาล ดังนี้

1. การพยาบาลระยะเร่งด่วน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง / เนื่องจากป่วยด้วยโรค Bipolar I disorder ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และมีประวัติฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองก่อนมาโรงพยาบาล

การพยาบาล จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย จัดเตียงให้ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล เฝ้าระวังสังเกตอาการแสดงและพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา กรณีจำเป็นจำกัดพฤติกรรมหรือต้องผูกมัดผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ผูกมัดด้วยเทคนิคที่ปลอดภัย ถ้าผู้ป่วยมีอาการสงบ พิจารณาเลิกผูกมัดทันที จัดกระบวนการกิจกรรมบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิดทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ไปสู่การปรับพฤติกรรมที่ดี⁽¹⁰⁾ หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่พยาบาลไม่สนใจรับรู้ปัญหาของเขา เช่น “อย่าคิดมาก” “ให้เลิกคิด” เป็นต้น⁽¹¹⁾

การประเมินผล สัปดาห์แรกกรณีศึกษารายที่ 1 มีความคิดพยายามทำร้ายตนเอง แต่พยาบาลดักจับและป้องกันได้ก่อน เนื่องจากให้การพยาบาลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาแม้กระทั่งการไปห้องน้ำ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีอารมณ์แปรปรวน คาดเดาพฤติกรรมไม่ได้เห็นภาพหลอนและหิวแ่ววจนนอนไม่หลับ จึงต้องจำกัดพฤติกรรมและให้ยาจนอาการสงบ เมื่อรักษาครบสองสัปดาห์ กรณีศึกษาทั้งสองรายไม่มีความคิดฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง จากการประเมิน Hamilton Rating scale for depression ลดลงอยู่ในระดับ Moderate และ Mild depression

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เปื่อหน่ายแยกตัวเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาล กระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองตามระดับความสามารถ จัดกิจกรรมและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เพื่อลดเวลาหมกมุ่นอยู่กับตนเอง

Vol.38 No.2 May-August 2023

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้งสองรายมาด้วยอาการสำคัญที่เหมือนกันคือ มีความพยายามฆ่าตัวตาย จึงมีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะเร่งด่วนที่เหมือนกัน คือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองซ้ำ เปื่อหน่วยแยกตัว การรับรู้คุณค่าตนเองแปรเปลี่ยนและนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ แต่ด้วยลักษณะอาการของโรคที่แสดงออกแตกต่างกัน จึงต้องจัดการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของผู้ป่วย โดยกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีความพยายามทำร้ายตนเองซ้ำ ได้เน้นการพยาบาลเฝ้าระวังสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีอารมณ์แปรปรวน หุนหันพลันแล่น คาดเดาพฤติกรรมไม่ได้ และมีอาการหวิววเห็นภาพหลอนมากกว่า จึงจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมจนกว่าอาการจะสงบเพื่อลดอันตรายต่อผู้ป่วยเอง รวมทั้งดูแลการพักผ่อนให้เพียงพอเพราะ sleep weak cycle จะมีผลทำให้อาการของ bipolar disorder กำเริบได้ ส่วนการพยาบาลระยะฟื้นฟูและส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 ได้ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย แต่กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีครอบครัวที่ดูแลชัดเจนจึงเน้นการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย ทั้งสองรายได้รับการจำหน่ายและติดตามต่อเนื่องที่บ้านใน 2 สัปดาห์พบว่าผลลัพธ์ ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น จะประสบผลสำเร็จได้ต้องประกอบไปด้วย⁽¹⁾ การประเมินผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ ใช้เครื่องมือประเมินที่ไวประเมินอาการสภาพจิต สังเกตและประเมินพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา⁽²⁾ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่อันตราย⁽³⁾ ให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจในระยะเร่งด่วนจนอาการสงบและผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ปลอดภัย⁽⁴⁾ ให้การพยาบาลระยะฟื้นฟูเน้นการเสริมสร้าง

ทักษะการเผชิญปัญหาและปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และสังคมในเชิงบวก โดยการใช้เทคนิคให้คำปรึกษาและการปรับพฤติกรรม รวมทั้งเตรียมจำหน่ายโดยการส่งเสริมครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของปัจจัยปกป้องส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปบ้าน ลดการกลับมารักษาซ้ำได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนการจัดสถานที่สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย พัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างปลอดภัย
2. ควรหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเชื่อมโยงต่อเนื่องสู่ชุมชน และแนวทางการติดตามผู้ป่วยที่บ้านที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide rates per (100,000 population) [Internet]. 2018 [cited 2023 July 25]. Available from: URL: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/
2. สุฤกษ์ อุดรินทร์, นวลปรังค์ ดวงสว่าง. สรุปผลการดำเนินงานเพื่อจัดทำเอกสารรับรองราชการรอบที่ 2/2566. ใน : ประชุมรับรองราชการรอบที่ 2/2566 ; 29 มิถุนายน 2566 ; ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม. จังหวัดมหาสารคาม ; 2566 : 1-17. (เอกสารอัดสำเนา).
3. กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ, พงศธร พหลภาคย์. จิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น : คลังน่านวิทยา ; 2559.

4. นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2563;32(1):75-88.
5. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวดี, จินตนา ลีจ้งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63(4):321-34.
6. กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ; 2563.
7. รัศมีน กัลยาศิริ. การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2561.
8. ภิญญดา ภัทรกิจจารุ, จีรวรรณ ชัยวิศิษฐ์. แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย 2563;10(1):156-9.
9. สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2554.
10. วีระชัย เตชะนิตติชัย. การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยในโครงการเฝ้าระวัง การฆ่าตัวตายโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์. [การศึกษาอิสระ ปริญญาโท]. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย ; ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.
11. ภูมิรินทร์ อินชวณี, ชนันทน์ แสงปาก, สุภาพ เหมือนชู. การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2560;18(2): 14-27.
12. สายฝน เอกวรางกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ส.เอเชียเพรส ; 2554.