

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Suicide Risk Patients: 2 Case Study

สุริยา ศิริสุข^{1*}, อโนทัย บับภาวัน², ณัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง³, ขวัญชนก เอกตาแสง⁴

Suriya Sirisuk^{1*}, Anotai Bubpawan², Nuttaporn Baouraeng³, Kwanchanok Ektasang⁴

^{1,3}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น 40000

^{2,4}พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น 40000

^{1,3}Registered nurse professional level, Khonkean Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khonkean province 40000

^{2,4}Registered nurse practitioner level, Khonkean Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Khonkean province 40000

Corresponding Author: *E-mail: Anotai_auy@hotmail.com

Received: 10 October 2023 Revised: 29 March 2024 Accepted: 5 April 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช

รูปแบบและวิธีการศึกษา : การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย โดยการเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตและการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicide) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (PISRA-12) และแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (BPRS) ก่อน-หลัง การใช้กระบวนการพยาบาล ระหว่างวันที่ 9 ถึง วันที่ 23 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบผลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาครั้งที่ 1 กรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยด้วยอาการหิวแหว่เสี่ยงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ระแวงกลัวคนมาทำร้าย และพยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ด้วยวิธีผูกคอตาย ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาด้วยอาการมีความคิดหลงผิด ระแวงกลัวคนมาฆ่า ร้องไห้ไม่สมเหตุผล และพยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง ด้วยวิธีการวิ่งให้รถชนและนอนให้รถยนต์เหยียบ ได้ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามระยะการเจ็บป่วยของโรค (staging) ในระยะ Acute phase ของกรณีศึกษาที่ 1 ได้แก่ (1) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีหิวแหว่เสี่ยงสั่งให้ฆ่าตัวตาย (2) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากมีอาการทางจิตระดับรุนแรง (3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา รุนแรง เนื่องจากหยุดดื่มสุรา ในระยะ Acute phase ของกรณีศึกษาที่ 2 ได้แก่ (1) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (2) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากมีอาการทางจิตหลงผิดคิดว่าคนมาปองร้าย และ (3) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ สำหรับในระยะ Recovery phase ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีจำนวน 2 ข้อ ที่คล้ายกัน ได้แก่ (1) เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด/การจัดการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต/สัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ/สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย (2) แบบแผนการแก้ปัญหาไม่

เหมาะสม เนื่องจากใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหมุนหันปล้นเล่น/ไม่ระมัดระวัง และหลักหนี กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการรักษาและได้รับการจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย รวมระยะเวลาในการอยู่รักษา 14 วัน

สรุปผลการศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการพยาบาลที่ตรงตามปัญหาในทุกกระยะการเจ็บป่วยของโรค (staging) เพื่อเกิดความปลอดภัยและไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

คำสำคัญ : ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยจิตเวช

ABSTRACT

Objectives : To study the results of using the nursing process for patients at risk of suicide. who were admitted to the psychiatric ward.

Methods : Comparative study of 2 patients by selecting specific patients. Gather information from patient medical records interviewing patients and relatives. Observation and use of the Suicide Risk Assessment (M.I.N.I. Suicide) Suicide risk assessment form for patients admitted to psychiatric hospitals (PISRA-12) and the Brief Psychiatric Symptom Rating Scale (BPRS) Before-After Using the nursing process Between the 9th to 23rd of September 2023 data were analyzed by comparing results according to the nursing process.

Result : Both case studies Received treatment for the 1st time Case study 1 Came with auditory hallucination and ordered him to commit suicide paranoid and attempted suicide 1 time by hanging himself. Case study 2 Came with symptoms of delusional thoughts Suspicious and afraid of people coming to kill crying unreasonably and attempted suicide 2 times. By running to get hit by a car and lie down for cars to step on. Evaluated and analyzed mental health problems and physical health problems. Determine nursing diagnosis and nursing action according to the stage of disease (staging). In the acute phase of case study 1 are (1) Risk of repeat suicidal behavior because he heard a voice telling him to commit suicide/attempted murder. (2) Risk of aggressive behavior due to having severe mental symptoms. (3) Risk of severe alcohol withdrawal Due to stopping drinking alcohol. In the Acute phase of Case Study 2 are (1) Risk of repeat suicidal behavior due to a history of attempting suicide. (2) Risk of aggressive behavior towards others and the environment because he has delusional mental symptoms, thinking that people are trying to do harm. (4) has low potassium in the blood. For the Recovery phase of both case studies. There are 2 items that are similar (1) Risk of repeat treatment due to insufficient knowledge about the dangers of drugs/Arrangement of side effects of antipsychotic drugs/Warning signs of recurrent psychotic symptoms/Warning signs of suicide. (2) The problem solving plan is not appropriate. This is because they use impulsive/careless methods of problem solving and avoidance. Both cases were treated and discharged safely. Total length of stay for treatment is 14 days.

Conclusion : Nursing care of patients at risk of suicide Professional nurses who provide care need to have knowledge. have a good attitude and have nursing skills that meet the problem in every stage of disease (staging) In order to ensure safety and not repeat suicidal behavior.

Keywords : suicide risk, Nursing care of patients at risk of suicide, psychiatric patient.

บทนำ

การฆ่าตัวตาย (Suicide) เป็นปัญหาสาธารณสุข เป็น 1 ใน 20 สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในทุกภูมิภาคทั่วโลก⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตาย พบว่า ในแต่ละปีจะมีประชากรทั่วโลกที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน 703,000 คน⁽²⁾ และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี⁽³⁾ สำหรับประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 4,131 ราย เฉลี่ยมากกว่า 340 รายต่อเดือน หรือมากกว่า 11 รายต่อวัน⁽⁴⁾ ปี 2561-2563 พบอัตราการฆ่าตัวตาย เฉลี่ย 6.32, 6.64 และ 7.37 ต่อแสนประชากร⁽⁵⁾ ตามลำดับ ที่สำคัญยังพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการตายอันดับสองของประชากรที่มีอายุในช่วง 15-29 ปี ซึ่งเป็นจำนวนการเสียชีวิตของประชากรที่สูงกว่าการตายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคระบาด⁽⁵⁾ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งไม่บรรลุตามตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต ที่ตั้งเป้าหมายอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน⁽⁶⁾

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีวิสัยทัศน์การดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อมุ่งมั่นที่จะเป็นเลิศในด้านการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ จากสถิติผลการดำเนินการประจำปีงบประมาณ 2562-2564 และใน 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline: CPG suicide) จำนวน 803, 963, 917 และ 615 ราย ตามลำดับ⁽⁷⁾ และจากการวิเคราะห์กระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ พบว่า มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลับมารักษาซ้ำด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ปี 2562-2564 ร้อยละ 1.45, 3.19 และ 3.20 และพบว่าผู้ป่วยที่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 20, 15 และ ร้อยละ 10 ถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่พฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง ล้วนส่งผลกระทบต่อด้าน ซึ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุหรือหลายปัจจัย⁽⁸⁾

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน กัญชา ทั้งนี้เนื่องจากว่าผู้ใช้สารเสพติด จะมีความบกพร่องในเรื่องของการคิดแบบมีเหตุผล บกพร่องในเรื่องของกระบวนการตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ตนเอง เพิ่มการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การแก้ปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น และนำไปสู่วิธีการฆ่าตัวตายตามมา และจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมด้วย⁽⁹⁾ ปัญหาเศรษฐกิจ เช่น การมีหนี้สิน โดยเฉพาะหนี้สินนอกระบบ การว่างงาน ถูกไล่ออกหรือจ้างออกจากงานและปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย โดยเฉพาะโรคทางกายรุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคภูมิแพ้ตนเอง⁽⁸⁾ มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น หูแว่วเสียงคนสั่งให้ทำร้ายตนเอง อาการหลงผิดว่ามีคนปองร้าย ยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ด้วยพยาธิสภาพของโรคนอกจากจะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น มีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง⁽¹⁰⁾ การมีปัญหาร่วมทางจิต การมีปัญหาเหตุการณ์ในชีวิต โดยเฉพาะเหตุการณ์ทางลบที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ เหตุการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกพ่ายแพ้ อับอาย อับจนสิ้นทาง^(11,13) ผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด พบได้ในผู้ป่วยโรคผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วม และผู้ป่วยไบโโพลาร์ในระยะแมนเนีย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่า หรืออารมณ์หงุดหงิดซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล⁽¹²⁾ นอกจากนี้บางทฤษฎีเชื่อว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะเกิดได้เมื่อมี

ปัจจัยเสี่ยง มีปัจจัยกระตุ้น ด้านก้นและการเฝาระวังล้มเหลว และปัจจัยปกป้องอ่อนแอ หากมีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะไม่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย⁽¹³⁾

พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายแม้จะมีสาเหตุที่หลากหลาย ทั้งเหมือนและแตกต่างกันบ้าง แต่ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย ไม่แตกต่างกัน นั่นคือ เกิดการบาดเจ็บ การสูญเสีย การพลัดพราก การฆ่าตัวตายสำเร็จของคน 1 ราย จะมีผลกระทบต่อด้านจิตใจของบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 ราย และอาจมีผลได้นานถึง 4 ปี ซึ่งการที่บุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตาย นับว่าเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว⁽¹⁴⁾ สำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ พบว่าการสูญเสียบุคคลด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นการสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ประมาณ 283,000 บาทต่อปี⁽¹⁵⁾ ประเทศมีความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจอย่างมากมายมหาศาลเป็นมูลค่าหลายล้านบาท⁽¹⁶⁾ ซึ่งการตายด้วยสาเหตุจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจไม่น้อยกว่า 5,500 ล้านบาทต่อปี และความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำนั้นยังมีมูลค่ามากมายประมาณ 100,000 ล้านบาทต่อปี⁽¹⁴⁾ รวมถึงเกิดขึ้นความสูญเสียทางสุขภาพ เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽¹⁷⁾

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ดังกล่าว ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหลักของการพยาบาลทั้ง 4 ด้าน คือการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิต ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ถูกต้อง และเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาและการวิจัย สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ห่วง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามศักยภาพแห่งตน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช

รูปแบบและวิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างวันที่ 9 ถึง วันที่ 23 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วยการประเมินภาวะสุขภาพ และแบบแผนด้านสุขภาพใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽¹⁹⁾ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่กระบวนการพยาบาลขั้นต่อไป คือ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicide)⁽²⁰⁾ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (PISRA-12)⁽²¹⁾ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ประกอบด้วยความคิดฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตาย รวมถึงการพยายามฆ่าตัวตาย และแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (BPRS)⁽²²⁾ เพื่อประเมินอาการทางจิต ก่อน-หลัง การใช้กระบวนการพยาบาล

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและความเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่โครงการวิจัย KKPH.REC009/2566_Bs_Exp เมื่อวันที่ 14 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า

ตารางที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศอายุสถานภาพการศึกษา/อาชีพศาสนาประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ชายไทย อายุ 33 ปี หย่าร้างมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3/รับจ้างพุทธไม่เคยมีประวัติป่วยทางจิตมาก่อน 2 เดือนก่อนมา หลังกลับจากทำงานที่กรุงเทพมหานครญาติสังเกตเห็นผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ พูดบ่นคนเดียว หงุดหงิดง่าย ญาติไม่ได้พาไปรักษาที่ไหน 1 วันก่อนมาระแวงกลัวคนมาทำร้าย หงุดหงิดง่ายหูแว่วเสียงสั่งให้ผูกคอตายพยายามฆ่าตัวตายโดยการผูกคอตาย	ชายไทย อายุ 22 ปี โสดประถมศึกษาชั้นปีที่ 6/รับจ้างพุทธไม่เคยมีประวัติป่วยทางจิตมาก่อน 1 เดือนก่อนมา มีอาการพูดบ่นคนเดียว นอนหลับยาก หูแว่วพูดบ่นคนเดียว 3 วันก่อนมา หูแว่วพูดบ่นคนเดียว ร้องไห้ไม่สมเหตุผล หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายด้วยวิธีการทำคุณไสยและมนต์ดำใส่ตนเอง หลงผิดคิดว่าเพื่อนที่เสียชีวิตไปแล้วจะมาเอาไปอยู่ด้วย หวาดระแวงกลัวคนมาฆ่า และพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการวิ่งให้รถชน และนอนให้รถยนต์เหยียบ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในอาการสำคัญ	เข้ารับการรักษาครั้งที่ 1 ระแวงกลัวคนมาทำร้าย หงุดหงิดง่าย หูแว่วเสียงสั่งให้ผูกคอตาย พยายามฆ่าตัวตายโดยการผูกคอตาย เป็นก่อนมา 1 วัน	เข้ารับการรักษาครั้งที่ 1 หูแว่วพูดบ่นคนเดียว ร้องไห้ไม่สมเหตุผล หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายด้วยวิธีการทำคุณไสยและมนต์ดำใส่ตนเอง หลงผิดคิดว่าเพื่อนที่เสียชีวิตไปแล้วจะมาเอาไปอยู่ด้วย หวาดระแวงกลัวคนมาฆ่า และพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการวิ่งให้รถชน และนอนให้รถยนต์เหยียบ เป็นก่อนมา 3 วัน
การวินิจฉัยโรค	(1) F15.2. Mental and behavioral disorder due to use of Other stimulants Amphetamine dependence.	(1) F15.2. Mental and behavioral disorder due to use of other stimulants amphetamine dependence.

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการใช้สาร เสพติด	(2) F15.5 Mental and behavioral disorder due to use of other stimulants induce psychosis. -ติ่มสุราขาว 40 ดีกรี นาน 19 ปี ติ่มวันละ 1 ขวดกระทิงแดง ติ่ม 4 วัน/สัปดาห์ เหตุผลของการติ่มสุราครั้งแรก อยากรู้ อยากลอง เพื่อนชักชวน และต่อมาติ่มเพื่อให้ทำงานได้และคลายเครียด -เสพยาบ้าตอน 16 ปี เสพอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 เม็ด เหตุผลของการเสพครั้งแรก เพื่อนชักชวน อยากรู้ อยากลอง และต่อมาเสพเพื่อให้ทำงานได้ คลายเครียด เพื่อความมั่นใจในการทำงาน หยุดเสพตอนอายุ 21-32 ปี เนื่องจาก การเสพยาเสพติดส่งผลให้มีผลกระทบต่อการ ทำงาน กลับมาเสพใหม่ตอนอายุ 33 ปี เสพมานาน 1 ปี เสพวันละ 3 เม็ด 5 วันต่อสัปดาห์ เม็ดละ 60 บาท สาเหตุของการกลับมาเสพซ้ำ เพื่อนร่วมงาน ชอบตำหนิเรื่องงาน เครียดเรื่องงาน สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานไม่ดี	(2) F15.5 Mental and behavioral disorder due to use of other stimulants induce psychosis เสพยาบ้าตอนอายุ 14 ปี เสพวันละ 2 เม็ด เสพวันเว้นวัน เหตุผลของการเสพ เนื่องจากอยากรู้ อยากลอง เพื่อนชักชวน เลิกเสพตอนอายุ 15 ปี เพราะการเสพ ส่งผลกระทบต่อการเรียนถูกมองว่าเป็นคนไม่ดี และกลัวแพนเสียใจ กลับมาเสพใหม่ตอนอายุ 21 ปี เสพวันละ 2 เม็ด เสพทุก กลับมาเสพซ้ำ เนื่องจาก เสียใจที่แฟนบอกเลิก นอกใจ และไปคบกับเพื่อนสนิทแทน ทำให้รู้สึก อับอายขายหน้า อับจนหนทางเครียดกับ ปัญหาที่เข้ามาในชีวิต มารดาติดการพนัน บิดาติดสุรา รู้สึกว่าชีวิตมีแต่ปัญหา เป็นปัญหาหนักหน่วงมารุมเร้าชีวิต เหนื่อยล้ากับปัญหาที่เข้ามา ทำให้ชีวิตมีความพ่ายแพ้ล้มเหลว การเสพยา ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล -ติ่มใบกระท่อมติ่มทุกวันวันละ 1 แก้ว ติ่มมานาน 1 ปี เชื่อว่าน้ำกระท่อมมีประโยชน์ ช่วยรักษาโรค ลดความเครียด และความวิตกกังวล -เสพกัญชามานาน 1 เดือน เพื่อคลายเครียด คลายความวิตกกังวล -สูบบุหรี่เส้นวันละ 10 มวน เพื่อคลายเครียด คลายความวิตกกังวล
ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย	พยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ด้วยวิธีใช้เชือกผูกคอ สถานที่ห้องน้ำในบ้าน	พยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง วิ่งให้รถยนต์ชน และนอนบนถนนให้รถยนต์เหยียบ สถานที่ถนนลาดยางในหมู่บ้าน
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I suicide)	31 คะแนน แปลผล มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง	40 คะแนน แปลผล มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (PISRA-12)	15 คะแนน แปลผล มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง	18 คะแนน แปลผล มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง
คะแนนแบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (BPRS)	78 คะแนน แปลผล มีอาการทางจิตรุนแรงมาก	88 คะแนน แปลผล มีอาการทางจิตรุนแรงมาก
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ปกติ	Urine amphetamine Positive Potassium 3.29 mmol/L
รวมระยะเวลาที่อยู่รักษา	14 วัน	14 วัน

จากตารางที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 เข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยอาการสำคัญที่คล้ายคลึงกัน คือ มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง และอาการทางจิตที่เป็นอาการทางบวก (positive symptoms) โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีการรับรู้ (perception) ที่ผิดปกติ ได้แก่ อาการหูแว่ว (auditory hallucination) เสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีความคิดหลงผิด (delusion thought) และมีอาการหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย (paranoid) ด้านประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า กรณีศึกษาทั้งสองรายมีประวัติการใช้สารเสพติดเหมือนกัน กรณีศึกษาที่ 1 ใช้น้ำยา และสุรา ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ใช้น้ำยา น้ำกระท่อม กัญชา และบุหรี่ ซึ่งการใช้สารเสพติดมีฤทธิ์ส่งผลให้สารเคมีในสมองทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดอาการทางจิต มีภาวะหวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง เกิดความผิดปกติของอารมณ์ที่อยู่เหนือความคิดแบบมีเหตุผล หุนหันพลันแล่น และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองได้^{(13),(23),(24)} นอกจากนี้การใช้สารเสพติดยังส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร จึงอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติของเกลือแร่และสารละลายในร่างกายผิดปกติได้ ดังเช่นในกรณีศึกษารายที่ 2 ที่มีค่าโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ ($K=3.29 \text{ mmol/L}$)⁽¹⁹⁾

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	การรับรู้สุขภาพ: รับรู้ว่าป่วยทางจิต มีเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย ไม่ทราบสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตและสาเหตุของอาการหูแว่ว	การรับรู้สุขภาพ: รับรู้สาเหตุที่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดจากปัญหาในครอบครัว บิดาติดสุรา มารดาติดการพนัน แต่ไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	การดูแลสุขภาพ: ใช้สารเสพติดเพื่อให้ช่วยผ่อนคลายจากความเครียด ความไม่สบายใจจากการทำงาน คิดว่าสามารถหยุดรับประทานยา ลดยา หรือเพิ่มยาต้านอาการทางจิตได้ด้วยตนเอง ไม่ทราบผลข้างเคียงและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต ไม่ทราบสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย ไม่ทราบอาการเตือนของการกำเริบของอาการทางจิต	การดูแลสุขภาพ: ใช้สารเสพติดเพื่อช่วยให้ลืมปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ คิดว่าสามารถหยุดรับประทานยา ลดยา หรือเพิ่มยาต้านอาการทางจิตได้ด้วยตนเอง ไม่ทราบผลข้างเคียงและการจัดการกับผลข้างเคียงของยาสามารถแสพยาบ้าร่วมกับการรับประทานยาทางจิตด้วยกันได้ไม่ทราบสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย ไม่ทราบอาการเตือนของการกำเริบของอาการทางจิต
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	โภชนาการ: รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การเผาผลาญสารอาหาร: น้ำหนัก 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร BMI 20.24 kg/m ² ปกติ	โภชนาการ: รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การเผาผลาญสารอาหาร: น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร BMI 21.22 kg/m ² ปกติ
3. การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	การขับถ่ายอุจจาระ: ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง/วัน ไม่มีปัญหาถ่ายเป็นเลือด ไม่มีปัญหาท้องผูก การปัสสาวะ: ปัสสาวะปกติ 2-4 ครั้ง/วัน ไม่มีแสบขัด	การขับถ่ายอุจจาระ: ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง/วัน ไม่มีปัญหาถ่ายเป็นเลือด ไม่มีปัญหาท้องผูก การปัสสาวะ: ปัสสาวะปกติ 2-4 ครั้ง/วัน ไม่มีแสบขัด
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	กิจวัตรประจำวัน: ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ การเสพสารเสพติดเริ่มมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ทำงานผิดพลาดมากขึ้น	กิจวัตรประจำวัน: ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ การเสพสารเสพติดเริ่มมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	การออกกำลังกาย: การทำงานเป็นการออกกำลังกาย ทำงานแล้วเหงื่อออก เพราะต้องใช้กำลังหรือแรง การพักผ่อน: ดูทีวี นอนเล่นโทรศัพท์อยู่ในห้องคนเดียว การนอนหลับ: นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่มีฝันร้าย ไม่ตื่นกลางดึก	การออกกำลังกาย: การกรีดยางพาราเป็นการออกกำลังกาย ทำแล้วเหงื่อออก เพราะต้องใช้แรงในการทำงาน การพักผ่อน: นอนเล่นโทรศัพท์ ดูทีวีเล่นเกมส์ การนอนหลับ: หนักกรีดยาง นอนกลางวัน วันละ 6-7 ชั่วโมง และตื่นกลางคืนเพื่อมากรีดยาง

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6. สถิติปัญญาและการรับรู้	สถิติปัญญา: เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 3 อ่าน เขียน สื่อสาร ภาษาไทย สอบได้ การรับรู้: หูแว่วได้ยินเสียงคนสั่งให้ ฆ่าตัวตายโดยการผูกคอตาย อารมณ์และการแสดงออก: หงุดหงิด ง่าย ความคิด: ความคิดฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่า ตัวตายด้วยวิธีการใช้เชือกผูกคอตาย ตนเองในห้องน้ำ การพูด: ไม่มีพูดติดอ่าง หรือพูดตาม ผู้สัมภาษณ์ พูดชัดเจน ไม่มีลิ้นแข็ง ความจำ: จำเรื่องราวในอดีต หรือ เหตุการณ์ที่ฟังกระทำได้ การตัดสินใจ: ตัดสินใจเหมาะสมกับ สถานการณ์ที่ยกตัวอย่าง การหยั่งรู้ตนเอง: ยอมรับการ เจ็บป่วยทางจิตของตนเอง ตระหนัก รู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรค	สถิติปัญญา: เรียนจบชั้นประถมศึกษา ชั้นปีที่ 6 อ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทย การรับรู้: หูแว่วพูดคนเดียว อารมณ์และการแสดงออก: มี ความรู้สึกกลัว เศร้า และแสดง อารมณ์ออกมาด้วยการร้องไห้ ความคิด: มีความคิดหลงผิดคิดว่ามีคน มาปองร้าย ด้วยวิธีการทำคุณไสยและ มนต์ดำใส่ตนเอง หลงผิดคิดว่าเพื่อนที่ เสียชีวิตไปแล้วจะมาเอาไปอยู่ด้วย มี ความคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามฆ่า ตัวตายโดยการวิ่งให้รถชน และนอน ให้รถเหยียบ การพูด: ไม่มีพูดติดอ่าง หรือพูดตามผู้ สัมภาษณ์ พูดชัดเจน ไม่มีลิ้นแข็ง ความจำ: จำเรื่องราวในอดีต หรือ เหตุการณ์ที่ฟังกระทำได้
7. การรับรู้ตนเองและอัต มโนทัศน์	การรับรู้ตนเอง: รับรู้ว่าตนเองมี อาการทางจิต มีอาการหูแว่ว รับรู้ว่า อารมณ์หงุดหงิดง่าย และรับรู้ว่าเคย มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย รับรู้ ว่าพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของ ตนเอง ส่งผลให้แม่และคนรอบข้าง เสียใจ รู้สึกว่าอับอาย รู้สึกตนเองเป็น คนไร้ค่า เพราะไม่ประสบผลสำเร็จ ในการประกอบอาชีพ ไม่สามารถ ประกอบอาชีพรับราชการเหมือนกับ พี่ชาย ที่ประสบผลสำเร็จทั้งด้าน	การตัดสินใจ: ตัดสินใจเหมาะสมกับ สถานการณ์ที่ยกตัวอย่าง การหยั่งรู้ตนเอง: ยอมรับการเจ็บป่วย ทางจิตของตนเอง ตระหนักรู้ถึง สาเหตุของการเกิดโรค การรับรู้ตนเอง: รับรู้ว่าเคยพยายาม ฆ่าตัวตาย และรับรู้ว่ามีอาการหูแว่ว รับรู้ว่าเคยมีความคิดหลงผิดว่ามีคน มาทำคุณไสย ใส่ตนเอง อัตมโนทัศน์: รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ เนื่องจากบิดามารดาไม่ยอมให้ทำงาน ภาคภูมิใจในหน้าที่า รูปร่างของตนเอง

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	ครอบครัวและด้านการประกอบอาชีพ อัตมโนทัศน์: ภาควมใจในหน้าตา รูปร่างของตนเอง บทบาท: บทบาทกับเพื่อนร่วมงาน ปฏิบัติหน้าที่และบทบาทของตนเองได้เหมาะสม หลังจากเริ่มใช้สารเสพติด มีปัญหาเรื่องบทบาทของตนเอง คือ บทบาทในการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี เกิดความผิดพลาดในการทำงาน บทบาทในครอบครัว ทำบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ ช่วยเหลือมารดาในการทำกิจวัตรประจำวัน หลังพยายามฆ่าตัวตาย คิดว่าตนเองทำบทบาทของการเป็นลูกไม่ดี เพราะทำให้มารดาต้องเสียใจ รวมถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	บทบาท: ทำบทบาทหน้าที่ของการเป็นลูก โดยการช่วยงาน การกรรไกรยงเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว หลังจากเลิกกับแฟน บทบาทเปลี่ยนแปลง เนื่องจากใช้สารเสพติด ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผลกระทบต่อคนในครอบครัว สัมพันธภาพ: สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มารดาติดการพนัน บิดาติดสุรา แฟนนอกใจไปคบกับเพื่อนของตนเอง ทำให้มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ รู้สึกอับอายขายหน้า อับจนหนทาง รู้สึกว่าชีวิตมีแต่ปัญหาละเป็นปัญหาหนักหน่วงมารุมเร้าชีวิต เหนื่อยล้ากับปัญหาที่เข้ามา ทำให้คิดว่าชีวิตมีความพ่ายแพ้ล้มเหลว
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เพศ: แสดงออกทางเพศเหมาะสม ไม่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ การเจริญพันธุ์: เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิง คาราโอเกะ ขณะมีเพศสัมพันธ์สวมถุงยางอนามัย	เพศ: แสดงออกทางเพศเหมาะสม ไม่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ การเจริญพันธุ์: เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟน อาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง ไม่สวมถุงยางอนามัย หลังจากเลิกกับแฟน ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	การปรับตัว: เมื่อเจอปัญหาปรับตัวด้วยการพูดคุยและจัดการปัญหา แต่บางปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงปรับตัวโดยใช้สารเสพติด เพื่อทำงานได้ดีมากขึ้น การเผชิญความเครียด: ทักษะการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ใช้แบบ	การปรับตัว: เมื่อเจอปัญหาปรับตัวด้วยการพูดคุยและจัดการปัญหา แต่บางปัญหาไม่สามารถแก้ไขได้ จึงปรับตัวโดยใช้สารเสพติด เพื่อทำงานได้ดีมากขึ้น การเผชิญความเครียด: ทักษะการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ใช้แบบ

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
11. คุณค่าและความเชื่อ	คุณค่า: ให้คุณค่าแก่ตนเองและครอบครัว อยากให้มารดามีความสุข อยากให้ครอบครัวอบอุ่น ความเชื่อ: เชื่อว่าการฆ่าตัวตาย เป็นการทำบาปต่อตนเอง และเป็นการกระทำที่ผิดหลักพระพุทธศาสนา และบาปเพราะทำให้คนที่รักต้องเสียใจ	คุณค่า: ให้คุณค่าแก่ตนเองและครอบครัว ครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความค่าสำหรับตนเอง อยากทำงานเพื่อหา รายได้ช่วยบิดามารดา ความเชื่อ: เชื่อว่าการฆ่าตัวตาย เป็นการทำบาปต่อตนเอง ผิดหลักของศาสนาพุทธ การฆ่าตัวตายจะทำให้ตกนรก

จากตารางที่ 2 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแบบสุขภาพที่เป็นปัญหาทุกด้านคล้ายคลึงกัน ยกเว้นแบบแผนสุขภาพที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ และแบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ แบบแผนสุขภาพที่มีปัญหาแตกต่างกัน คือ แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหาสัมพันธภาพกับแฟน บิดาและมารดา ซึ่งแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ จำเป็นที่ต้องให้การพยาบาล เพื่อเป็นการป้องกันและการบำบัดผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการจัดการปัจจัยเสี่ยง และการจัดการปัจจัยปกป้อง คือ การลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยปกป้อง ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ของกรณีศึกษา 2 ราย

กลุ่มยา	ชื่อยา	ที่ใช้ในการรักษากรณีศึกษา	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. Antipsychotic	-Perphenazine (8) 1 tab oral AM.	✓	✓
	-Perphenazine (16) 1 tab oral HS.	✗	✓
	-Haloperidol (5) 1 amp muscle prn for agitation q 4-6 hrs.	✓	✓
2. Anticholinergic	-Trihexyphenidyl (2) 1 tab oral HS.	✓	✓
	-Trihexyphenidyl (2) 1 tab oral prn for EPS	✗	✓
3. Antidepressants	-Trazodone (50) 1 tab oral HS.	✓	✓
4. Antianxiety	-Lorazepam (1) 1-2 tab oral prn for insomnia	✗	✓

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2 ใช้ยากลุ่มต้านอาการทางจิต ยาด้านอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิต และยาด้านอาการซึมเศร้าเหมือนกัน แตกต่างกันในส่วนปริมาณของยาที่กรณีศึกษาที่ 2 ได้ปริมาณของยามากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 ส่วนกลุ่มยาที่แตกต่างกันคือยาลดปวดกล้ามเนื้อ ทั้งนี้การรักษาด้วยยาเพื่อช่วยให้บรรเทาปรับสมดุลของสารเคมี

ในสมอง ลดอาการทางจิตที่เป็นอาการทางบวก ได้แก่ อาการหูแว่ว อาการหวาดระแวง ความคิดหลงผิด และปรับในเรื่องของอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหลับมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁽²³⁾
 ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการแพทย์แยกตามระยะการเจ็บป่วยของโรคของกรณีศึกษา 2 ราย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะ Acute Phase 1. เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีหูแว่วเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย/มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย 2. เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากมีอาการทางจิตระดับรุนแรง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง เนื่องจากหยุดดื่มสุรา ข้อวินิจฉัยระยะ Recovery phase 1. เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด/การจัดอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต/สัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ/สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย 2. การจัดการสภาพปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดทักษะการเผชิญปัญหาและการปรับตัว	ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะ Acute Phase 1. เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย 2. เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากมีอาการทางจิตหลงผิดคิดว่าคนมาปองร้าย 3. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ข้อวินิจฉัยระยะ Recovery phase 1. เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด/การจัดอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต/สัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ/สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย 2. การจัดการสภาพปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดทักษะการเผชิญปัญหาและการปรับตัว

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า ในระยะ Acute phase กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัย 3 ข้อ กรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัย 4 ข้อ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยที่เหมือนกัน 2 ข้อ และที่แตกต่างกัน คือ ข้อ 3 และ ข้อ 4 ซึ่งกรณีศึกษาที่ 1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ของกรณีศึกษาที่ 2 การรับรู้คุณค่าตนเองแปรเปลี่ยน เนื่องจากมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และเป็นปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย คือ มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ส่วนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลในระยะ Recovery พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด 2 ข้อ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด 3 ข้อ ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้นำสู่กระบวนการพยาบาล ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

1. การพยาบาลระยะ Acute phase

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีหูแว่วเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย/มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ/ลดอาการหูแว่ว

เกณฑ์การประเมิน ไม่มีสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย (warning signs) เช่น พุดบ่นอยากตาย/อาการหูแว่วลดลง คะแนนอาการทางจิต (BPRS) ลดลง คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I suicide/PISRA-12) ลดลง

การพยาบาล พุดคุยประเมินอาการทางจิต ความคิด การรับรู้ อารมณ์ เพื่อประเมินอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สังเกตอาการและพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลาโดยผ่านกล้องวงจรปิด และเข้าไปพุดคุยประเมินอาการเป็นระยะ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก ลดสิ่งกระตุ้นและรบกวน พร้อมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ตรวจนับอุปกรณ์ทุกครั้งหลังการทำกิจวัตรประจำวัน หรือหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนำอุปกรณ์ต่างๆ มาใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเอง ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อสงบอาการทางจิต และสังเกตผลข้างเคียงจากการได้ยาต้านอาการทางจิต กรณีที่ผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ พิจารณาฉีดยา PRN ตามแผนการรักษาของแพทย์ หากฉีดยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น พิจารณาจำกัดพฤติกรรมไว้บนเตียง เปลี่ยนท่า และสังเกตอาการผิดปกติจากการจำกัดพฤติกรรมทุก 2 ชั่วโมง พิจารณารายงานแพทย์หากประเมินได้ว่าผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น มีความคิดฆ่าตัวตาย วางแผน หรือพยายามฆ่าตัวตายตลอดเวลา และส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้เวรถัดไปทราบอย่างละเอียด^(25,28)

การประเมินผล ในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายปลอดภัย ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I suicide/PISRA-12) และอาการทางจิต (BPRS) ลดลง ไม่มีสัญญาณเตือนของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีอาการหูแว่ว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เนื่องจากมีอาการทางจิตระดับรุนแรง
วัตถุประสงค์ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์การประเมิน ไม่มีสัญญาณเตือนของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ท่าทางไม่เป็นมิตร อารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมวุ่นวาย อาการทางจิต (BPRS) ลดลง อยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้

การพยาบาล พุดคุยประเมินอาการทางจิต ความคิด การรับรู้ อารมณ์ และความคิด เพื่อประเมินอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก เพื่อลดสิ่งกระตุ้น แนะนำพฤติกรรมที่เหมาะสม ดูแลการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อสงบอาการทางจิต พุดคุยและแสดงท่าทางด้วยความเป็นมิตร ไม่แสดงท่าทางคุกคามผู้ป่วย รับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ให้ข้อมูลความเป็นจริง (present reality) และให้ข้อมูล (giving information) ความปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงพิจารณาฉีดยา PRN และจำกัดพฤติกรรมตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม⁽²⁴⁾

การประเมินผล ในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษาไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีสัญญาณเตือนของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ท่าทางไม่เป็นมิตร อารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมวุ่นวาย อาการทางจิต (BPRS) ลดลง อยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง เนื่องจากหยุดดื่มสุรา

วัตถุประสงค์ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง คะแนนประเมินภาวะถอนพิษสุราลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย/ไม่มีภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar. Score 1-7 คะแนน)

การพยาบาล ประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar. Score) ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 3 วัน ซึ่งเป็นระยะที่พ้นจากการขาดสุรา เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ลดสิ่งกระตุ้น และดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลการรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ รายงานแพทย์ทราบหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีคะแนน CIWA-Ar. Score เพิ่มขึ้น⁽²⁶⁾

การประเมินผล หลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง คะแนน CIWA-Ar. Score 1-4 คะแนน รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

วัตถุประสงค์ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมิน ผลการตรวจโพแทสเซียมในเลือดหลังได้รับยาตามแผนการรักษาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($K=3.5-5.0$ mmol/L) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพยาบาล พุดคุยเพื่อประเมินอาการผิดปกติ วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้ผู้ได้รับยา Elixir KCL ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการผิดปกติของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด เป็นลม และรายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้แพทย์ทราบ

การประเมินผล ผลการตรวจโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($K=3.5-4.5$ mmol/L) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด หรือเป็นลม

2. ข้อวินิจฉัยระยะ Recovery phase

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด/การจัดอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต/สัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ/สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์ ให้การพยาบาลเพื่อให้มีความรู้เรื่องโทษของยาเสพติด/ความรู้เรื่องการจัดการอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต/ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ และความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย

เกณฑ์การประเมิน หลังให้ความรู้สามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับหัวข้อที่สอนได้ถูกต้อง

การพยาบาล ประเมินความรู้เกี่ยวกับเรื่องโทษของยาเสพติด/ความรู้เรื่องการจัดการอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต/ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ และความรู้เรื่องสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย โดยการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และให้ความรู้เกี่ยวกับหัวข้อดังกล่าวด้วยวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษา ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มจิตสังคมบำบัดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการลด ละ เลิก ยาเสพติด ประเมินความรู้โดยการสอบถามย้อนกลับ สรุปและให้ความรู้ในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม

การประเมินผล หลังให้ความรู้ด้วยวิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา สามารถบอกโทษของยาเสพติด การจัดการอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต สัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ และสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 การจัดการสภาพปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดทักษะการเผชิญปัญหาและการปรับตัว

วัตถุประสงค์ ให้การพยาบาลเพื่อให้กรณีศึกษาใช้วิธีการจัดการปัญหา เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน สามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการจัดการปัญหา บอกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ไม่ใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นขาดความระมัดระวัง (impulsive/careless) และการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (avoidance)

การพยาบาล สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ดูแลให้กรณีศึกษาได้เข้ากลุ่มกิจกรรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) กิจกรรมประกอบด้วย ให้ความรู้เรื่องการแก้ไขปัญหา ทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ไขปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา และการฝึกปฏิบัติปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง สร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกลงมือการแก้ปัญหา พร้อมทั้งตรวจสอบผลของการแก้ปัญหา⁽²⁷⁾

การประเมินผล หลังจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้เข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) แบบรายบุคคล สามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการจัดการปัญหา บอกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ไม่ใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นขาดความระมัดระวัง (impulsive/careless) และการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (avoidance)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ส่งผลให้มารักษาด้วยอาการสำคัญที่คล้ายคลึงกัน คือ กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) มีอาการหูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย และมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง โดยกรณีศึกษาที่ 1 พยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการผูกคอตาย ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการวิ่งให้รถชน และนอนให้รถเหยียบ เนื่องจากการใช้สารเสพติดส่งผลให้ผู้ป่วยติดยาเสพติดได้ เมื่อเสพในปริมาณมากส่งผลให้เกิดพิษจากยาเสพติด ซึ่งการติดสุราและยาเสพติด และพิษจากการใช้สารเสพติด เป็นได้ทั้งปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นให้กรณีศึกษาทั้งสองรายเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการกระทำรุนแรงต่อตนเองได้ นอกจากนี้กรณีศึกษาทั้งสองรายยังมีปัจจัยกระตุ้นอื่นๆที่อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย โดยในกรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน ทำงานบกพร่องจนส่งผลให้ต้องลาออกจากงาน กรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว บิดาติดยา มารดาติดการพนัน แฟนนอกใจไปคบกับเพื่อนของตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นการประสบปัญหาชีวิต หรือมีเหตุการณ์วิกฤติ ที่ทำให้รู้สึกเกิดความพ่ายแพ้ล้มเหลว อับอายขายหน้า และอับจนหนทางในการแก้ปัญหา⁽¹³⁾ พยาบาลวิชาชีพในฐานะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงจึงต้องมีเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยโดยเครื่องมือที่สำคัญ คือ การใช้กระบวนการพยาบาล ในการประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินสู่การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁾ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมหรือเพิ่มปัจจัยปกป้องให้เข้มแข็ง^(13,14) เฝาระวังป้องกันโดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่

ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการลด ละ เลิกยาเสพติด การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา รวมถึงการส่งเสริมให้มีทักษะและวิธีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม⁽¹³⁾ เป็นต้น และในขั้นตอนการประเมินผล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการทางจิตทุเลา ปลอดภัย ไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการรักษา 14 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถือเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีปัญหาที่หลากหลาย ดังนั้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการพยาบาล เช่น การพัฒนาความรู้และทักษะ การประเมินสุขภาพ การพัฒนาความรู้การบำบัดที่หลากหลาย เช่น การบำบัดโดยการแก้ปัญหา การบำบัดโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Fleischmann A, Paul E, Kestel D, Cao B, Ho J, Mahanani WR. Suicide worldwide in 2019.
2. World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates. World Health Organization; 2019.
3. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *bmj*. 2019 Feb 6;364.
4. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช. ขอนแก่น; 2565.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมสุขภาพจิต; 2561.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนที่ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมสุขภาพจิต; 2564.
7. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2563.
8. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แนวทางยกระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564. ขอนแก่น: [ม.ป.พ.]; 2563.
9. McKetin R, Leung J, Stockings E, Huo Y, Foulds J, Lappin JM, Cumming C, Arunogiri S, Young JT, Sara G, Farrell M. Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2019 Nov 1;16:81-97.
10. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. ขอนแก่น; 2564.

11. จุฑามาศ หน่อตุ่น, ชนากานต์ เจนใจ, ชิดชนก เรือนก้อน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มี ปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559; 10(2):137-151.
12. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยิ่งยืน, และคณะ. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554;56(4):413-424.
13. ธรณินทร์ กองสุข. การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่: Suicide and suicide attempt incident investigation new approach. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์; 2567.
14. สมบัติ สกฤตพันธ์. บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: สมาร์ท โคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2564.
15. Ferrey AE, Hughes ND, Simkin S, Locock L, Stewart A, Kapur N, et al. The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. BMJ open. 2016 Jan 1; 6(1): e009631.
16. Orlewska K, Orlewska E. Burden of suicide in Poland in 2012: how could it be measured and how big is it?. The European Journal of Health Economics. 2018 Apr; 19: 409-417.
17. Kinchin I, Doran CM. The cost of youth suicide in Australia. International journal of environmental research and public health. 2018 Apr;15(4): 672.
18. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(3): 136-143.
19. ภิญญาดา ภัทรกิจจาธรและจิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์. แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตาม แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. 2563;10(1):156-159.
20. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิต แห่ง ประเทศไทย. 2548;13(3):125-135.
21. ขนิษฐา สนแท้, วัชนี หัตถพนม, ไพรวลัย ร่มซ้าย, จิตกานันท์ โชครักษ์มีหิรัญ. การพัฒนาแบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตาย แห่งประเทศไทย. 2563;1(1):9-24.
22. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. การใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M.I.N.I.) และแบบ ประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (BPRS) ฉบับภาษาไทย. โครงการอบรมการประเมินอาการผู้ป่วยจิต เวช; 2557 มีนาคม 26; ห้องประชุมลักษณะวิจารณ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น: กรมสุขภาพจิต; 2557.
23. รัศมีมน กัลยาศิริ. การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2561.
24. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิตและ สารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรสาคร: บอรัณ ทุ ปี พับลิชชิง; 2564.

25. พจนีย์ ชูลีลัง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์. 2566;38(2): 437-447.
26. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์; 2564
27. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์ คำชมภู, สาคร บุปผาเฮ้า. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(1):86-98.
28. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น:โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2560