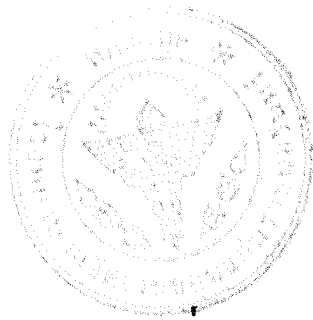




การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหวาดระแวง

นางจุฑารัตน์ ทองบ่อ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมหุนหันพลั้งเผลอ สร้างความยุ่งยากให้แก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ไม่น้อย เนื่องจากพฤติกรรมหุนหันพลั้งเผลอนั้น เกิดจากความคิดและอารมณ์ที่ผิดปกติ ขาดเหตุผล วัตถุประสงค์การรับรู้ พบว่าบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยดังกล่าวแปลเจตนาของผู้อื่นผิดไป บางครั้งคิดว่าผู้อื่นไม่เป็นมิตร มีท่าทีคุกคามจะทำร้ายตน ทำให้ผู้ป่วยป้องกันตัวโดยการทำร้ายผู้อื่นก่อน จนได้รับบาดเจ็บทั้งสองฝ่ายมากบ้างน้อยบ้าง

ดังนั้น ในฐานะที่ข้าพเจ้าเป็นพยาบาลปฏิบัติงานที่ติดผู้ป่วยใน จึงได้มองเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษากรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหุนหันพลั้งเผลอ โดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยและผู้อื่นได้รับความปลอดภัย พร้อมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

นางจุฑารัตน์ ทองบ่อ

เมษายน 2546

ห้องสมุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน.....	วันที่.....
วันที่.....	เลขเรียกหนังสือ.....

สารบัญ

หน้า

บทนำ	1
วัตถุประสงค์	1
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	1
พฤติกรรมหยากระแวง	2
กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหยากระแวง	6
สรุปผลกรณีศึกษา	17
ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข	18
บรรณานุกรม	19

บทนำ

ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อชุมชนและสังคมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมหวาดระแวงของผู้ป่วยโรคจิตเป็นปัญหาใหญ่ปัญหาหนึ่ง ที่ทำความยุ่งยากให้แก่ บุคคลรอบข้างและยุ่งยากแก่การรักษาพยาบาล เป็นที่ทราบกันแล้วว่า ความหวาดระแวงเกิดจากความผิดปกติของความคิดและอารมณ์ จากเหตุผลที่เป็นจริง จากความไว้วางใจผู้คนรอบข้าง จึงทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม มีท่าทีแสดงออกถึงการระแวงตัวเอง จนไม่มีใครอยากใกล้ชิดคบหาสมาคม ยิ่งทำให้ผู้ป่วยหวั่นไหว ระแวงกลัวมากกว่าเดิม การป้องกันตัวเองจึงเพิ่มขึ้นและแสดงออกรุนแรงขึ้น จนกระทั่งถึงขั้นทำร้ายผู้อื่นก่อน เช่น การทำร้าย บิดา - มารดา พฤติกรรมดังกล่าวเมื่อเกิดขึ้นบ่อยครั้งย่อมทำให้ครอบครัวหวาดกลัวและไม่ยอมรับผู้ป่วย แม้จะมีหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแล บำบัดรักษาอาการทางจิตให้แก่ผู้ป่วยจนกระทั่งทุเลา สามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้แล้วก็ตาม แต่มักเกิดการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยครั้ง จากสาเหตุหลายประการ อาทิ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปบ้านแล้ว ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง คิ่มสุราหรือใช้สารเสพติด ญาติแนะนำไม่เชื่อฟัง ซึ่งอาจทำให้ญาติเกิดความเบื่อหน่าย และปล่อยปละละเลยจนกระทั่งอาการเจ็บป่วย กำเริบซ้ำแล้วซ้ำอีกด้วยปัญหาเดิม ๆ

สำหรับกรณีศึกษารายนี้ เป็นผู้ป่วยรับครั้งรอง Admitted ครั้งที่ 9 ด้วยอาการหวาดระแวง หงุดหงิด คลุ้มคลั่งทำร้ายบิดา กลางคืนไม่นอน เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในตึกแรกแล้วได้ย้ายเข้ารับการรักษาในตึกรับย้าย พยาบาลได้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และได้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยประเมินปัญหา สาเหตุ และนำมาวางแผนให้การพยาบาล โดยหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยระหว่างอยู่รักษา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ชุมชนอย่างมีความสุขตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินปัญหา สาเหตุ และวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหวาดระแวงได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ
2. ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยขณะอยู่รักษา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ศึกษา สามารถประเมินปัญหา สาเหตุ เพื่อนำมาวางแผนและปฏิบัติการกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

พฤติกรรมหวาดระแวง

1. ความหมายและความสำคัญ

พฤติกรรมหวาดระแวง (Paranoid Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจาก ความคิดหวาดระแวง กลัวอย่างขาดเหตุผล และขาดความไว้วางใจผู้อื่นอย่างมาก พบได้ในผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจและ อารมณ์หลายประเภท

ความหวาดระแวงเป็นเรื่องของความคิดและอารมณ์ที่ผิดปกติ ซึ่งยากเกินกว่าที่จะใช้เหตุผลตาม ความเป็นจริงมาลบล้าง ต้นเหตุของความคิดเช่นนี้ก็คือ ความกลัวจากประสบการณ์ สูญเสีย ผิดหวัง หรือ เจ็บปวดที่เคยได้รับมาอย่างหนัก ความคิดหวาดระแวงที่ติดเป็นนิสัยพบในบุคคลที่มีบุคลิกภาพหวาด ระแวง (Paranoid Personalities) ความหวาดระแวงจนถึงขั้นหลงผิดคิดว่าตนถูกกลั่นแกล้ง ถูกปองร้าย หรือถูกเป็นเรื่องราวเหมือนกับจะเป็นจริง พบในโรคจิตทางอารมณ์ชนิด Paranoid states และ Depressive states แต่ถ้ามีความผิดปกติทางบุคลิกภาพร่วมด้วยมักจะพบว่า อยู่ในโรคจิตชนิด Paranoid Schizophrenia

พฤติกรรมหวาดระแวงทำความยุ่งยากแก่บุคคลรอบข้างและเป็นปัญหาใหญ่ปัญหาหนึ่งในการ รักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ที่มีความคิดหวาดระแวงจะคอยมองผู้อื่นว่าไม่เป็นมิตรกับตนหรือจะมาคุกคาม มาทำร้ายตนตลอดเวลา ความที่เขาไวต่อการรับรู้และแปลเจตนาผิดเช่นนั้น จึงทำให้เขาต้องรีบป้องกันตัว เองไว้ก่อน โดยอาจจะได้เถียง รุกราน หรือทำร้ายผู้อื่นก่อน นอกจากนี้ความไม่ไว้วางใจผู้อื่นอย่างมากยัง ทำให้เขาแยกตัว ระวังตัว ทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ จนผู้อื่นไม่อยากเข้าใกล้ ไม่อยากคบหาสมาคม ด้วย และจากปฏิกิริยาของผู้อื่นก็จะยิ่งทำให้เขาหวั่นไหว หวาดระแวงกลัวมากขึ้น การป้องกันตัวเองก็จะ ยิ่งมากและเพิ่มความรุนแรง

2. ลักษณะของผู้ที่มีพฤติกรรมหวาดระแวง

ที่พบบ่อยๆ มีลักษณะเหล่านี้

- วางท่าหยิ่ง ใ้ภูมิ สงวนท่าที เป็นคนลึกลับ
- อิจฉาริษยา สงสัยในการกระทำของผู้อื่น ขาดความไว้วางใจ
- พิถีพิถัน ระวังตัว ไม่ยืดหยุ่น
- ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น เกลียดชังผู้อื่น มองไม่เห็นคุณค่าของผู้อื่น
- มีพลังผลักดันของความก้าวร้าว อารมณ์ผุนผั่นและรุนแรง
- หลีกเลี่ยงที่จะพูดเรื่องของตน ไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่นและเห็นแก่ตัว
- ความสัมพันธ์กับผู้อื่นเสียและแยกตัว
- มีความคิดพาดพิง คือคิดว่าที่ผู้อื่นพูดหรือทำอะไรนั้น มีเรื่องของตนเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย
- บางครั้งมีประสาทหลอนทางหู

- มีพฤติกรรมซึมเศร้า
- ถ้าหากระแวงมาก มักจะขาดความรับผิดชอบและทำงานไม่ได้

3. กลไกการเกิดพฤติกรรมหวาดระแวง

3.1 พัฒนาการในวัยเด็ก มักพบว่าชีวิตวัยเด็ก ได้รับการปฏิบัติจากบุคคลรอบข้างอย่างที่ทำให้รู้สึกขาดความอบอุ่น ขาดความเชื่อมั่น มีแต่ความผิดหวัง ความเจ็บปวดที่ต้องเก็บซ่อนไว้ จึงเกิดการป้องกันตัวด้วยการแยก การเหินห่างจากผู้อื่น และถ้าการเจริญและพัฒนาในช่วงต่อมาได้รับคามยุติธรรม ผิดหวัง ไม่ประสบผลสำเร็จในชีวิต จะยิ่งรู้สึกขมขื่น เจ็บซ้ำ และพยายามปกป้องตัวเองมากขึ้น ด้วยการระแวงระวัง ไวต่อท่าที และความคิดอ่านของผู้อื่น กลัวว่าผู้อื่นจะคิดร้ายหรือเป็นศัตรูกับตน ความรู้สึกเหล่านี้จะค่อย ๆ สะสมเรื่อยมาสู่แต่ความรุนแรงของเหตุการณ์ จนบางคนมีพฤติกรรมหวาดระแวงคืออยู่เป็นพื้นฐานบุคลิกภาพ

3.2 ขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมหวาดระแวง แบ่งได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นแรก เริ่มด้วยบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่รู้สึกสูญเสีย รู้สึกผิดหวัง และมีความเจ็บปวดทางด้านจิตใจ สะสมซ่อนไว้ในส่วนลึกของจิตใจ

ขั้นที่สอง มีเหตุการณ์ ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกกลัว ไม่ไว้วางใจ จึงมีการป้องกันตัวเองโดยกลไกชนิดโดยผู้อื่น

ขั้นที่สาม กลไกการป้องกันตัวเอง ทำงานอย่างซับซ้อนจนกลายเป็นสิ่งกระตุ้นภายในตัวเองที่มีพลังเหนือกว่าสิ่งกระตุ้นภายนอก

ขั้นที่สี่ พฤติกรรมหวาดระแวงปรากฏออกมาทางความคิด คำพูดและ/หรือการกระทำ

4. การพยาบาล

พยาบาลต้องตระหนักว่าบุคคลประเภทนี้มีความคิด ความหลงผิดที่ฝังแน่น เปลี่ยนแปลงได้ยาก การโน้มน้าวด้วยเหตุผลตามธรรมชาไม่อาจลบล้างประสบการณ์เก่าได้ สิ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต้องทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ใหม่ ในลักษณะที่รู้สึกปลอดภัย เชื่อมั่น และให้ความไว้วางใจ ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความจริงใจและมีความอดทนสูง

การปฏิบัติต่อผู้มีพฤติกรรมหวาดระแวงมีหลักดังนี้

4.1 สร้างสัมพันธภาพที่เชื่อถือวางใจได้ก่อน

- 4.1.1 ระมัดระวังท่าทีที่ชวนให้เกิดความสงสัย หลีกเลี่ยงการกระซิบกระซาบ
- 4.1.2 พยายามให้ข้อมูล ให้ความกระจ่างแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุด
- 4.1.3 รักษาคำพูด รักษาความสัตย์สุจริต ตลอดจนรักษาความลับของผู้ป่วย
- 4.1.4 ให้ความจริง จริงใจและอดทน

4.2 ลดอาการหลงผิดของผู้ป่วย

- 4.2.1 ไม่ได้แย้งเกี่ยวกับความคิดหลงผิด หรือความคิดพาดพิง พยายามเสนอตัวและอยู่กับสภาพความเป็นจริงทุกโอกาส แม้ผู้ป่วยจะอยู่กับความหลงผิดก็ตาม
- 4.2.2 หลีกเลี่ยงการพูดถึง ศาสนา การเมือง เพราะสองเรื่องนี้มีข้อสรุปได้ยาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดการโต้เถียงระหว่างกัน
- 4.2.3 พยายามดึงผู้ป่วยให้พูดถึงชีวิตความเป็นอยู่ ครอบครัว การงานและชีวิตส่วนตัวอื่น ๆ ดีกว่าจะพูดในสาระที่เกี่ยวกับความคิดหลงผิด
- 4.2.4 จัดสภาพแวดล้อมให้มีสิ่งกระตุ้นความคิด ความหลงผิด ที่ผู้ป่วยมีอยู่นั้นให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

4.3 ป้องกันอันตรายและลดพฤติกรรมก้าวร้าว

- 4.2.5 ตรวจสอบเช็คของส่วนตัว เก็บสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธทำอันตรายผู้อื่นและสังเกตพฤติกรรมที่ส่งความโกรธ ความไม่เป็นมิตร
- 4.2.6 พยายามอย่าแสดงท่าทีระแวง สงสัยผู้ป่วย ควรพูดด้วยน้ำเสียงสงบ ชัดเจน และใจเย็น
- 4.2.7 สังเกตพฤติกรรมใกล้ชิด บางครั้งจำเป็นต้องแยกให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น
- 4.2.8 บางครั้งอาจให้ผู้ป่วยระบายพฤติกรรมไม่เป็นมิตรและความก้าวร้าวออกมาบ้าง แต่ควรอยู่ในขอบเขตที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
- 4.2.9 การเข้าร่วมกลุ่มกับผู้อื่นในระยะแรก พยาบาลควรอยู่ใกล้ชิดและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากความระแวง สงสัยของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ป่วยอื่น ๆ
- 4.2.10 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องแข่งขันหรือใช้พลังกำลังต่อสู้

4.4 ดูแลการรับประทานยาให้เป็นไปตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหวาดระแวงกลัวการวางยาพิษ จึงมักไม่ยอมรับประทานยาหรือไม่รับประทานอาหารที่ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจ พยาบาลจึงควรปฏิบัติดังนี้

- 4.4.1 หลีกเลี่ยงการผสมยาลงในอาหาร โดยเด็ดขาด
- 4.4.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงประสบการณ์เกี่ยวกับยาและแก้ความเข้าใจผิด โดยให้ผู้ป่วยได้สังเกตและเข้าใจกระบวนการเตรียมยาของพยาบาล ตลอดจนอธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ายาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษา
- 4.4.3 อาหารและของรับประทานที่นำมาให้ผู้ป่วย ควรจะจัดเตรียมหรือนำมาโดยผู้ที่ผู้ป่วยยอมรับและวางใจและอยู่ในสถานะที่ปกปิดมิดชิด

4.5 ลดพฤติกรรมแยกตัว โดยเน้นการปฏิบัติเหล่านี้

- 4.5.1 ให้ความสนใจผู้ป่วยเป็นรายบุคคลก่อน เมื่อความไว้วางใจผู้อื่นเริ่มดีขึ้น จึงจะพาเข้าไปรวมกลุ่ม
- 4.5.2 การพุดจาและการติดต่อระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ถ้าพบว่ามีเหตุการณ์ที่ไม่ส่งเสริมความสัมพันธ์ จะต้องรีบเข้าไปขัดจังหวะและคลี่คลายให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน
- 4.5.3 พยายามส่งเสริมให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยแสดงความพยายามที่จะเข้าไปมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือพยายามจะแก้ไขตัวเอง
- 4.5.4 เพิ่มความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเองโดยให้ทำงานที่มีผลสำเร็จชัดเจน

กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป (จากรายงานผู้ป่วย)

ชายไทย	วัยผู้ใหญ่ตอนต้น
อายุ	28 ปี
เชื้อชาติ	ไทย
สัญชาติ	ไทย
ศาสนา	พุทธ
สถานภาพสมรส	โสด
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	ทำนา
ที่อยู่	อำเภอคำชะอี จังหวัดเลย
วันที่รับไว้รักษา	12 ธันวาคม 2543
ครั้งที่เข้ารับการรักษา	ครั้งที่ 9
การวินิจฉัยโรค	Schizophrenia
HN	35 – 8005
AN	43 – 2405
รับไว้ในสถานดูแล	26 ธันวาคม 2543
สิ้นสุดการดูแล	15 มกราคม 2544

2. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

หวาดระแวง คลุ้มคลั่ง ทำร้ายบิดา โดยใช้ไม้ทุบท้ายทอย หงุดหงิดไม่นอน เป็นมากก่อนมาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น 4 วัน

3. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

10 ปีก่อน เริ่มมีอาการทางจิตครั้งแรกด้วยอาการ บ่นเจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ หายใจไม่อิ่ม นอนไม่หลับ ตกใจง่าย มีหูแว่วเสียงผู้หญิงด่า หวาดระแวงกลัวคนจะมาฆ่า พูดแต่ว่ากลัวตาย แย่งมีดจะทำร้ายตัวเอง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น แพทย์รับไว้รักษาครั้งที่ 1 วันที่ 4 สิงหาคม 2535 เมื่ออาการทุเลา ญาติมารับกลับวันที่ 10 กันยายน 2535 หลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยไม่รับประทานยา และดื่มสุรากับเพื่อน จากนั้นจะมีอาการทางจิตกำเริบ เมื่อมีอาการมากญาติจะนำส่งรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นระยะๆทุกปี

ครั้งที่ 2 วันที่ 26 กรกฎาคม 2536 มาด้วยอาการกลัวว่าคนอื่นจะเป็นอันตราย คิดว่าตัวเองจะทำให้คนอื่นเดือดร้อน และรู้สึกสับสนมาก แพทย์รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในและจำหน่ายวันที่ 4 กันยายน 2536

ครั้งที่ 3 วันที่ 21 ตุลาคม 2536 มาด้วยอาการวิตกกังวลคิดว่าตนเองทำให้คนอื่นลำบาก โทษตัวเอง อยากทำร้ายตัวเอง โดยการใช้มีดปาดคอตัวเอง ญาติช่วยไว้ทัน กลางคืนไม่หลับ ถ้าหลับจะฝันร้าย แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยในจำหน่ายวันที่ 4 พฤศจิกายน 2536

ครั้งที่ 4 วันที่ 14 กรกฎาคม 2538 มาด้วยอาการหงุดหงิด ทำลายข้าวของ อาละวาดทุบตีตัวเองและผู้อื่น ไม่ยอมรับประทานอาหารและยา นอนตลอดวัน จังตัวเอง กลางคืนไม่นอน อ่อนเพลีย แพทย์รับไว้รักษาและจำหน่าย วันที่ 7 สิงหาคม 2538

ครั้งที่ 5 วันที่ 29 เมษายน 2539 มาด้วยอาการซึมไม่พูดคุยกับใคร โมโหร้ายเวลาซักถาม ทำลายทรัพย์สิน เอาแต่ใจตัวเอง กลางคืนไม่ค่อยนอน ไม่ยอมรับประทานยา บอกว่าทำให้สมองคือทะเลาะกับบิดา โดนตีด้วยเก้าอี้สี่ระยะแตกเย็บ 2 เข็ม รักษาอยู่นานประมาณ 1 เดือนกว่าทางโรงพยาบาลมีหนังสือตามญาติมารับผู้ป่วยก่อนจำหน่าย วันที่ 12 มิถุนายน 2539

ครั้งที่ 6 วันที่ 21 สิงหาคม 2540 มาด้วยอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายร่างกายคนอื่น ทำลายข้าวของ กลางคืนไม่นอน พุดบ่นยืมหัวเราะคนเดียว ทำร้ายร่างกายบิดาสี่ระยะแตกเย็บ 8 เข็ม บิดาแจ้งความ ดำรวจควบคุมตัวไว้ที่ สภอ. คำนชาย และควบคุมตัวมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำหน่ายวันที่ 27 ตุลาคม 2540

ครั้งที่ 7 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2541 มาด้วยอาการร้องรำทำเพลง เดินเรื่อยเปื่อย รบกวนชาวบ้าน กลางคืนไม่นอน ไม่รับประทานอาหาร รุนแรงญาติจับมัด จึงทำร้ายญาติ มีอาการหลังจากไม่รับประทานยา แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน รักษาอยู่นาน 5 เดือน ญาติมารับกลับวันที่ 17 สิงหาคม 2541

ครั้งที่ 8 วันที่ 8 ธันวาคม 2541 มาด้วยอาการ คึดสุราจัด อาละวาด ทำร้ายคนอื่น ไม่รู้เรื่อง ญาติจับมัดไว้ ไม่รับประทานอาหาร ไม่สนใจทำกิจวัตร แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน จำหน่ายวันที่ 13 สิงหาคม 2542

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยอาการทางจิตที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และกลับบ้านวันที่ 21 พฤศจิกายน 2543 รับประทานยาอยู่ 2 วัน จากนั้นไม่ยอมรับประทานยา เริ่มมีอาการเป็นพัก ๆ

2 สัปดาห์ก่อนมาเริ่มมีอาการหงุดหงิด ทำลายสิ่งของญาติแนะนำไม่เชื่อฟัง หวาดระแวงบิดาจะเข้าทำร้ายตน จึงใช้ไม้ทุบตีที่ท้ายทอยของบิดา ญาติจึงนำไปฝากขังไว้ที่ สภอ. คำนชาย เป็นเวลา 3 วัน โดยที่ญาติไม่ได้แจ้งความเพื่อดำเนินคดีแต่อย่างใด

1 วันก่อนมาหลังจากถูกกักขังไว้ที่สถานีตำรวจ อาการยังไม่สงบ ญาติและตำรวจจึงนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในวันที่ 12 ธันวาคม 2543 แพทย์รับไว้รักษาครั้งที่ 9 ที่ตึกแรกรับชาย (ขงโค)

แรกรับ ชายไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น รูปร่างผอมสูง ผิวขาวเหลือง แต่งกายไม่เรียบร้อย สกปรก ถูกมัดมือมา ก้าวร้าว หงุดหงิด เอาศีรษะโขกที่ม้านั่ง คิวด้านซ้ายแตกมีเลือดซึมเล็กน้อย มีรอยฉ้ำบริเวณ เหนือคิ้วขวา ถามตอบไม่รู้เรื่อง ต้องควบคุมพฤติกรรมและนิคยา Haloperidal 10mg เข้ากล้ามเนื้อ และ Fendec 25 mg 2 amps เข้ากล้ามเนื้อ stat เวลา 11.15 น.

4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- เมื่ออายุประมาณ 12 ขวบ เคยป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ได้รับการรักษาจนหายดีแล้วไม่เคยป่วยซ้ำอีก
- เคยได้รับอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์แตกโค้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายมาก แต่จะตกใจและโทษตัวเองว่าเป็นคนไม่ดี ทำให้รทพั่งเมื่ออายุ ประมาณ 20 ปี

5. ประวัติครอบครัว

บิดาอายุ 62 ปี อาชีพทำนา สุขภาพแข็งแรงดี อุปนิสัยค่อนข้างใจร้อน

มารดาอายุ 60 ปี อาชีพค้าขาย สุขภาพแข็งแรงดี เคยป่วยมีอาการทางจิต ขณะนี้อาการดีแล้วสามารถอยู่ในสังคมได้

ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 3 มีพี่สาว 2 คน น้องสาว 1 คน ทุกคนในครอบครัวรักใคร่ดูแลกันดี ไม่เคยมีเรื่องราวทะเลาะเบาะแว้งกันรุนแรง หลังจากผู้ป่วยมีอาการทางจิต จะเอาแต่ใจโมโหง่าย ซึ่งพี่น้องทุกคนก็เข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกดำเนินไปด้วยดี ไม่มีปัญหาในครอบครัว ครอบครัวมีฐานะปานกลาง ผู้ป่วยยังไม่แต่งงาน และอาศัยอยู่กับบิดา มารดา พี่สาว น้องสาว แต่ละระยะหลังครอบครัวเริ่มหวาดกลัวผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยทำร้ายร่างกายบิดา

6. ประวัติส่วนตัว

- ประวัติการเจริญเติบโต

คลอดปกติ ที่สถานอนามัยใกล้บ้าน พัฒนาการตามวัย

- การศึกษา

จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เมื่อจบการศึกษาไปทำงานที่กรุงเทพฯ มีอาชีพรับจ้างในโรงงานได้ 1 ปี จึงกลับมาอยู่บ้าน และเริ่มมีอาการทางจิต

- การงาน/อาชีพ

ก่อนป่วยช่วยบิดา – มารดาทำนา/ทำไร่ และค้าขาย

- สัมพันธภาพทางสังคม

เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมนาน ๆ ครั้ง ช่วงเทศกาล

- สิ่งเสพติด

ดื่มสุราเป็นครั้งคราว ช่วงงานเทศกาล หลังดื่มสุราจะมีอาการทางจิต ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้สารเสพติด

- บุคลิกลักษณะ

พูดน้อย เจ็บขริม คิคมก มารดาให้ประวัติว่าตอนเด็ก ๆ จะเรียบริยไม่คือ

ประวัติการเลี้ยงดู

ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 3 ในจำนวนพี่น้อง 4 คน และเป็นบุตรชายคนเดียวในบ้าน ก่อนข้าง ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่ดี บิดา - มารดา พี่สาว น้องสาว ให้ความรักความอบอุ่น ไม่มีปัญหาในครอบครัว

ประวัติกรรมพันธุ์ทางจิต - ประสาท

มีทวดเคยมีอาการทางจิต ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว ไม่ทราบว่าเคยรักษาหรือไม่

มารดามีประวัติเจ็บป่วยทางจิต เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นประจำ ขณะนี้อาการดีขึ้นแล้ว จึงหยุดรับประทานยา

ญาติฝ่ายมารดาเคยมีอาการทางจิต แบบเดียวกันกับผู้ป่วย รักษาที่กรุงเทพฯ

7. การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

วันที่ 26 ธันวาคม 2543

การประเมินด้านร่างกาย

ชายไทย วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ผิวขาวเหลือง สูงประมาณ 172 เซนติเมตร สวมเสื้อผ้าชุดผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เสื้อผ้าสะอาด ผิวกายสะอาดไม่มีโรคผิวหนัง ไม่มีกลิ่นตัว ไม่มีกลิ่นปาก ฟัน ไม่มีหินปูน ไม่มีฟันผุ ผมหวดสั้น ไม่มีรังแค เล็บคัดสั้นสะอาด

แบบแผนการนอนหลับ กลางคืนหลังจากรับประทานยาก่อนนอน ประมาณ 3 ชั่วโมง หลับได้ไม่ตื่นขึ้นมากลางดึก หลับได้วันละ ประมาณ 8 ชั่วโมง จะตื่นเวลา 05.00 น. กิจกรรมประจำวันบางครั้งยังต้องคอยกระตุ้น การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารได้วันละ 3 มื้อ มื้อละ 1 หลุมถาด การขับถ่ายปกติท้องไม่ผูก

การรับรู้วันเวลา สถานที่ ความจำในเรื่องวันเดือนปี ยังตอบสับสน แต่ขณะนี้ทราบว่าตนอยู่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เพราะพยาบาลเคยบอกให้ตนเองทราบแล้ว บางครั้งมีพฤติกรรมแปลก ๆ เดินหน้าถอยหลังซ้ำ ๆ

การประเมินทางจิตใจ

สภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ไม่ค่อยหงุดหงิด บอกความรู้สึกรู้สึกของตนเองว่ารู้สึกไร้ค่า เมื่อมีคนมารบกวน จะเดินหนี จากสิ่งที่มากระตุ้น บางครั้งมีท่าทางหวาดระแวง ทำหิระวังค์มองซ้ายมองขวามองน้อย ๆ ตามตอบสับสน เช่น บอก “ไม่กล้าคุยกับพยาบาล เพราะกลัวจะเป็นปลาบู่ทอง”

การติดต่อสื่อสาร ลักษณะคำพูด ไม่ต่อเนื่อง บางครั้งสับสน คอยนาน ๆ เรื่อยเรื่อย บางครั้งนั่งเฉยไม่ตอบคำถาม แต่ช่วงหลัง 5 สัปดาห์หลังการรักษาเริ่มสื่อสารกับพยาบาลมากขึ้น บอกความรู้สึกความต้องการของตนเองได้

การปฏิสัมพันธ์จากการสนทนา ครั้งแรกผู้ป่วยยังมีท่าทีระวังตัว ไม่เข้าใกล้พยาบาล เมื่อเข้าใกล้จะเดินหนี ขณะพูดคุยไม่สบตา และไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับใคร

การประเมินทางด้านสังคม

ผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 การเรียนระดับปานกลาง ไม่มีปัญหาเรื่องเรียน มีเพื่อนฝูงมากพอสมควร มักพูดถึงเพื่อนว่าเพื่อนไม่รักตน หลังจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ลงไปทำงานที่กรุงเทพฯ เป็นลูกจ้างที่โรงงาน ประมาณ 1 ปี จึงเริ่มมีอาการทางจิต ปัจจุบันก่อนมา Admitted ผู้ป่วยช่วยบิดา-มารดาทำนาและค้าขาย ทำงานที่บ้านได้ ฐานะทางบ้านพอมีพอกิน สัมพันธภาพกับผู้คนในชุมชน เมื่อก่อนผู้ป่วยมีเพื่อนฝูงพอสมควร คิ่บสุรากับเพื่อนบางครั้ง แต่หลังจากป่วยทางจิต เพื่อนบ้านไม่ค่อยกล้าคบกับผู้ป่วย ด้านวัฒนธรรมทางสังคม ผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินชีวิตตามประเพณีนิยม ปฏิบัติตามบิดา-มารดา และบรรพบุรุษที่ยึดถือกันมา ไม่มีความขัดแย้งกับเพื่อนบ้าน

8. การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

วันที่ 12 ธันวาคม 2543

Perphenazine (16 mg) 1 tab oral bid pc.

Benzhexal (2 mg) 1 tab oral bid pc.

Chlorpromazine (200 mg) 1 tab oral bid pc.

Haloperidal (5 mg) 1 amp (M) prn agitation

Haloperidal (10 mg) 1 amp (M) stat

Fendec (25 mg) 2 amp (M) stat

9. สรุปอาการและพฤติกรรมผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแล

สัปดาห์ที่ 1 – สัปดาห์ที่ 2 (12 ธันวาคม 2543 – 25 ธันวาคม 2543)

2 สัปดาห์แรกของการอยู่รักษาที่ตึกชงโค ซึ่งเป็นตึกแรกรับ หลังจากถูกควบคุมพฤติกรรมไว้ และได้รับการฉีดยา Haloperidal 10 mg เข้ากล้ามเนื้อ และ Fendec 25 mg 2 amps เข้ากล้ามเนื้อ stat ในวันแรกอาการรุนแรงเริ่มสงบลง แต่ยังมีท่าทางเหนียวเหนียวตามพื้น คอยด้วยไม่ค่อยรู้เรื่อง พูดบ่นพึมพำคนเดียว เมื่อเจ้าหน้าที่ถามจะพูดเรื่อยเรื่อย มีท่าทางหวาดกลัวจนจะทำร้าย สับสน งุนงง แยกตัวเอง บอกว่ามีหูแว่วเสียงคนมาพูดด้วย บางครั้งทำท่าทางแปลกไม่อยู่นิ่ง กระโดดโลดเต้น ยิ้มหัวเราะไม่สมเหตุผล กราบไหว้ เรื่อยเรื่อย สมาธิสั้น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม กิจกรรมต้องคอยกระตุ้น ผู้ป่วยบอกเจ้าหน้าที่ว่า “กลางคืนมีคนมาเกาะเกาะรำคาญ” กลัวไม่มีเหตุผล กลางคืนหลับได้

ผู้ป่วยอยู่ที่ตึกชงโคเป็นเวลา 14 วัน อาการจึงเริ่มสงบลงพูดคุยพอรู้เรื่อง จึงได้ย้ายเข้าตึกเร่งรัดบำบัด (ฝ่ายคำ) เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2543 พยาบาลรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

สัปดาห์ที่ 3 (26 ธันวาคม 2543 – 1 มกราคม 2544)

คืนสัปดาห์ผู้ป่วยมีสีหน้าเรียบเฉย แยกตัวเอง ก้มหน้าไม่พูดคุยกับใคร พูดบ่นพึมพำคนเดียว สลับกับหัวเราะไม่สมเหตุผลเป็นบางครั้ง ทำทางสับสน งุนงง คิดนาน พูดได้ใจความช่วงสั้น ๆ คุยนานเรื่อยเปื่อย นอกเรื่องวกวน บอกพยาบาลว่า “รู้สึกหวาระแวง” “กลัวคนจะมาทำร้ายตลอดเวลา” มีหูแว่ว “เสียงผู้หญิงมาพูดคุ้ย” ปลายสัปดาห์หลบตามมุมห้อง พูดคุยด้วยไม้สับดา บางครั้งมีความคิดหลงผิด บอกกับพยาบาลว่า “ไม่กล้าคุยกับพยาบาลกลัวจะเป็นปลาบู่ทอง” ตามตอบสับสน พยาบาลจัดให้อยู่ในห้องแยกเพื่อสังเกตอาการวันละ 2 - 3 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 08.00 น. ถึง 16.00 น. ผู้ป่วยเดินไป - มา บางครั้งเข่าประคอง แต่ไม่หุนหันหรือทำลายทรัพย์สิน ทำทางระมัดระวังตัว เดินถอยหลัง เมื่อพยาบาลเข้าใกล้ตัว จะพูดเสียงเบา บอกว่า “กลัวแล้ว” เมื่อถามซ้ำจะพูดเรื่องอื่น กลางคืนหลับได้ไม่ลึกตื่นกลางดึก กิจกรรมยังต้องกระตุ้น ร่างกายทั่วไปสะอาดพอใช้

สัปดาห์ที่ 4 (2 มกราคม 2544 – 8 มกราคม 2544)

คืนสัปดาห์ยังมีทำทางสับสน แยกตัวเองไม่ค่อยพูดคุยกับผู้อื่น บอกพยาบาลว่า “กลัวแต่ไม่รู้กลัวอะไร” ขณะพูดคุยก้มหน้าไม่สบตา คุยด้วยนาน ๆ พูดเรื่อยเปื่อย พยาบาลจัดให้เข้ากลุ่มกับเพื่อน ๆ ที่มีเสียงนอนใกล้ ๆ ผู้ป่วย 3 คน โดยให้เข้ากลุ่มย่อย ฟังเพลงจากวิทยุนานประมาณ 45 นาที ในภาคเช้า 3 วัน ผู้ป่วยมีสมาธิอยู่ในกลุ่มได้ตลอด บอกว่าถูกใจ เพราะเป็นเพลงลูกทุ่ง

ปลายสัปดาห์ยิ้มหัวเราะ ไม่สมเหตุผลมีหูแว่ว “เสียงญาติ” ซักถามต่อจะพูดวกวน บางครั้งได้ยินเสียง “แม่มากระซิบกระซาบ” เสียงพี่สาวมาเรียกตัวเอง กลางคืนผู้ป่วยจะหลับได้ ไม่ลุกตื่นกลางดึก ทำกิจกรรมตามเวลาพร้อมเพื่อน พยาบาลจัดให้เข้ากลุ่มย่อย พัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ดึก วันละ 1 ชั่วโมง ในภาคเช้า 2 วัน

สัปดาห์ที่ 5 (9 มกราคม 2544 – 15 มกราคม 2544)

คืนสัปดาห์ ผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่องมากขึ้น จำชื่อพยาบาลได้ บอกว่าชื่อ “จุฑารัตน์” บอกชื่อเพื่อนได้ 3 คน “บุญ - สมพงษ์ - วิชัย” ได้ตอบตรงคำถาม ตามพยาบาลว่า “เมื่อไรผมจะได้กลับบ้าน” “คิดถึงเพื่อน ๆ กลับไปบ้านจะให้เพื่อนเลี้ยงเหล้า” วันแรกของสัปดาห์ในภาคเช้า พยาบาลจัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มย่อย เขียนจดหมายหรือเขียนในสิ่งที่อยากเขียน พร้อมฟังเพลงจากวิทยุไปด้วย ผู้ป่วยเขียนถึงพระคุณแม่ บางครั้งยังมีพูดพึมพำคนเดียว ยิ้มคนเดียว บอกพยาบาลว่า “ได้ยินเสียงคนมาพูดคุ้ย” ก็เลยยิ้มและพูดได้ตอบ ปลายสัปดาห์พยาบาลจัดให้เข้ากลุ่มสอนหนังสือเรื่องโรคจิต และกลุ่มเตรียมตัวกลับบ้าน ในภาคเช้า 2 วันติดต่อกัน ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มได้ตลอดนานครั้งละ 1 ชั่วโมง ขณะอยู่ในกลุ่มไม่ค่อยพูดคุย นั่งฟังเงียบ ๆ ไม่มีอาการระแวง ไม่รู้สึกหวาระกลัว

วันที่ 16 มกราคม 2544 แพทย์ตรวจเยี่ยม ให้ตามญาติมารับและย้ายผู้ป่วยไปรับการฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนหูต้อาติ ก่อนย้ายพยาบาลให้ผู้ป่วยทบทวนเรื่องวิธีปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยตอบได้อย่างเดียวว่า “ต้องกินยา” พยาบาลจึงทบทวนพร้อมผู้ป่วยทีละข้อจนผู้ป่วยตอบได้ครบทุกข้อ พยาบาลประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ คอนคูล เพื่อนัดญาติให้พุดคุยกับพยาบาลก่อนรับผู้ป่วยกลับบ้าน

10. สรุปปัญหาที่พบ

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีความคิดหวาดระแวง กลัวผู้อื่นจะทำร้ายตนและมีเสียงหูแว่ว (วันที่ 26 ธันวาคม 2543)
2. สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจากมีความคิดหลงผิดและหวาดระแวงกลัว (วันที่ 1 มกราคม 2544)
3. มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะอยู่บ้าน (วันที่ 9 มกราคม 2544)

11. การวางแผนให้การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เนื่องจากมีความคิดหวาดระแวงกลัวผู้อื่นจะทำร้ายและมีเสียงหูแว่ว (วันที่ 26 ธันวาคม 2543)

ข้อมูลสนับสนุน

- O : จากประวัติ 2 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษา มีอาการหวาดระแวงว่าบิดาจะเข้าทำร้ายตน จึงใช้ไม้ทุบตีท้ายทอยของบิดา
- O : ผู้ป่วยมีท่าทางระมัดระวังตัว เดินถอยหลัง เมื่อพยาบาลเข้าใกล้ตัว
- S : ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกหวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้ายตลอดเวลา”
- S : ผู้ป่วยบอกว่า มีหูแว่ว “เสียงผู้หญิงมาพุดคุ้ย”

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัย
- ความคิดหวาดระแวงกลัวลดลง
- - - - - หูแว่วลดลง

เกณฑ์การประเมินผล (ภายหลังให้การพยาบาล 3 สัปดาห์)

- ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น
- ผู้ป่วยบอกว่า อาการหวาดระแวงกลัวลดลง
- ผู้ป่วยบอกว่า ไม่ได้ยินเสียงหูแว่ว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สินและสังเกตอาการของผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกรายงานทุกเวอร์
2. จัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้สะดวก/สะอาด/ปลอดภัยและสงบปราศจากสิ่งกระตุ้นต่อตัวผู้ป่วย
3. หากผู้ป่วยรู้สึกหิวกระแวงกลัว จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกที่เงียบสงบ ไม่มีคนพลุกพล่าน ไม่มีอุปกรณ์ของมีคมที่อาจนำมาใช้เป็นอาวุธได้ และให้อยู่ใกล้ห้องพยาบาล พร้อมทั้งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ในเวรเฝ้าตรวจผู้ป่วยทุก 1 - 2 ชั่วโมง ทุกเวอร์ จนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้น
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกที่เกิดจากความเครียดหวาดระแวงหรือหวัวประสาทหลอน ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
5. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ด้วยท่าทีสงบ จริงใจ และสื่อสารด้วยคำพูดที่ชัดเจนตรงไปตรงมา
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาพยาบาล ได้แก่ การรับประทานยา จิตยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ การจัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ของตึก เช่น การออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนผู้ป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพร้อม ๆ กัน การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น และเบี่ยงเบนความสนใจจากเสียงหวัว
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์และบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง หากอาการไม่ดีขึ้น จะต้องรายงานหัวหน้าเวรเพื่อดำเนินการต่อไป

การประเมินผล (วันที่ 15 มกราคม 2544)

สัปดาห์ที่ 3 - ผู้ป่วยยังแยกตัวเอง พูดบ่นพึมพำคนเดียว มีหวัวระแวงกลัวคนจะมาทำร้ายตลอดเวลา บางครั้งมีความคิดหลงผิด ถาม - ตอบ สับสน ปลាយสัปดาห์ที่ 3 พยาบาลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกเป็นครั้งคราว เพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยเดินไป - มา ในห้องแยก แต่ไม่หุนหันุนใจ ไม่ทำร้ายใคร ไม่ทำลายทรัพย์สิน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยยังสับสนแยกตัวเอง ยิ้มหัวเราะไม่สมเหตุผล มีหวัวบางครั้ง เป็นเสียงแม่มากระซิบและเสียงพี่สาวมาเรียกชื่อตัวเอง

สัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยรู้เรื่องมากขึ้นแต่บางครั้งยังพูดบ่นพึมพำคนเดียวและยิ้มคนเดียว บอกว่าได้ยินเสียงคนมาพูดคุยด้วย แต่ไม่มีอาการระแวงและไม่รู้สึกหิวกลัวแล้ว

ปัญหาที่ 2

สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจากมีความคิดหลงผิดและหวาดระแวงกลัว (วันที่ 1 มกราคม 2544)

ข้อมูลสนับสนุน

- O : แยกตัวเอง หลบตามมุมห้อง พูดคุยด้วยไม่สบตา มีท่าทางหวาดระแวง เดินลอยหลัง มีความคิดหลงผิด

S : บอกกับพยาบาลว่า “ไม่กลัวคุยกับพยาบาลกลัวจะเป็นปลานู๋ทอง” เมื่อพยาบาลเข้าใจแล้ว จะพูดเสียงเบา ๆ ว่า “กลัวแล้ว”

วัตถุประสงค์

- มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น
- ความคิดหลงผิดและหวาดระแวงกลัวลดลง
- พฤติกรรมแยกตัวเองลดลง

เกณฑ์การประเมินผล (ภายหลังให้การพยาบาล 2 สัปดาห์)

- บอกชื่อพยาบาล (ผู้ศึกษา) ได้ถูกต้อง
- บอกชื่อผู้ป่วยอื่นได้อย่างน้อย 1 คน
- มีการรับรู้ตามความเป็นจริง สามารถพูดคุยกับพยาบาลได้เป็นปกติ ไม่หวาดระแวงกลัว
- เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 กลุ่ม
- บอกว่า “หายหวาดระแวงกลัวแล้ว”

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ แนะนำตัวพยาบาลและทักทายผู้ป่วยด้วยทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง โดย
 - พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีความอดทน นั่งเป็นเพื่อนผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะไม่พูดด้วย
 - รักษาคำพูด ตลอดจนรักษาความลับของผู้ป่วย
 - ให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
2. พูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องปัจจุบันที่เป็นจริงและใกล้ตัว เช่น ความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ชีวิตครอบครัวของผู้ป่วย เป็นต้น
3. รับฟังและไม่ได้แย้งความคิดหลงผิดของผู้ป่วย ไม่ตัดสินหรือตำหนิว่าถูกหรือผิด และไม่สนับสนุนให้ผู้ป่วยค้นหาสาระในความคิดหลงผิดนั้น ๆ
4. เมื่อผู้ป่วยให้ความไว้วางใจในตัวพยาบาลแล้ว จึงแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับเพื่อนผู้ป่วยที่อาการดีแล้ว เริ่มจาก 1 - 2 สัปดาห์ก่อน โดยพยาบาลต้องสังเกตท่าที การพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและผู้อื่นอย่างใกล้ชิด ถ้ามีแนวโน้มจะเกิดปัญหา พยาบาลต้องเข้าไปช่วยเหลือคลี่คลายสถานการณ์ให้มีบรรยากาศที่เป็นมิตรโดยเร็ว
5. จัดให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มย่อยที่มีเพื่อน ๆ ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย 1 - 2 คน และมีพยาบาลอยู่ด้วย โดยจัดกิจกรรมที่เห็นผลสำเร็จในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยรอบ ปัดกวาด หยากไข่ เก็บเศษกระดาษ เศษขยะรอบ ๆ ดิگ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

6. เมื่อผู้ป่วยปรับตัวได้และไว้วางใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น จึงจัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ใหม่ๆ จากการเข้ากลุ่ม เช่น กลุ่มสอนความรู้เรื่องโรคจิต กลุ่มเตรียมตัวกลับบ้าน เป็นต้น

7. ให้กำลังใจโดยให้คำชมผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถพูดคุยเป็นมิตรกับผู้อื่นได้สำเร็จ
การประเมินผล (วันที่ 15 มกราคม 2544)

สัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยทำทางสับสน แยกตัวไม่ค่อยพูดกับใคร พยายามสนทนาด้วย จะก้มหน้า ไม่สบตา บอกกลับแต่ไม่รู้กลัวอะไร ร่วมมือในการเข้ากลุ่มย่อยได้วันละ 1 กลุ่ม นานประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ตลอด 5 วัน

สัปดาห์ที่ 5 รู้เรื่องมากขึ้น พูดคุยได้ตอบได้หลายคำถาม บอกจำชื่อพยาบาลได้ 1 คน จำชื่อผู้ป่วยคนอื่นได้อีก 3 คน ร่วมมือเข้ากลุ่มย่อยได้ 1 กลุ่ม เข้า Formal group ได้ 2 กลุ่ม บอกว่าไม่หวาดระแวงและไม่กลัวแล้ว

ปัญหาที่ 3

มีโอกาสดับมารักษาซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะอยู่บ้าน (วันที่ 9 มกราคม 2544)

ข้อมูลสนับสนุน

- : จากประวัติ พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในหลายครั้ง ครั้นนี้เป็นครั้งที่ 9 แล้ว มักจะมาด้วยอาการทางจิตที่รุนแรง หลังจากที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทุษร้าย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- : ขณะอยู่ที่บ้านบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยดื่มสุรากับเพื่อน หลังดื่มสุราจะมีอาการกำเริบ

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง
- สามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดโอกาสกลับมารักษาซ้ำบ่อย

เกณฑ์การประเมินผล (ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน)

- ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้านได้ครบทุกข้อ
- ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และรับยากลับไปรับประทานที่บ้าน ในระยะเวลา 6 เดือน หลัง

จำหน่าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ในเรื่องอาการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ครั้งละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อวางแผนการเตรียมความพร้อมในการที่จะกลับสู่ชุมชน
3. จัดให้เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และการให้ความรู้/คำแนะนำในเรื่องอาการเจ็บป่วย ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน ดังนี้

3.1 การรับประทานยา ตามวันเวลาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยไม่ขาดยา เมื่อยาใกล้จะหมดให้มาติดต่อทางโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ ตรวจสอบอาการและรับยาไปรับประทานที่บ้านต่อไป

3.2 สังเกตตัวเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียง เมื่อรับประทานยาที่บ้าน เช่น อาจมีปากแห้ง คอแห้ง ง่วงซึม แพ้แสงแดด ให้ดื่มน้ำบ่อยๆ งดทำงานที่เสี่ยงอันตราย สวมเสื้อแขนยาวป้องกันแสงแดด ถ้ามีอาการกลืนเนื้อเกร็ง ตัวแข็ง มือสั่น ใจสั่น กระสับกระส่าย ควรรีบมาพบแพทย์

3.3 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ ชา กาแฟ เป็นต้น

3.4 ควรออกกำลังกายเพื่อช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น

4. ติดตามญาติทางจดหมายให้มาเยี่ยม และมารับผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวและในวันที่ญาติมารับกลับ จะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีดูแลผู้ป่วยแก่ญาติดังนี้

4.1 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้องตามแพทย์สั่ง

4.2 หลีกเลี่ยงการแสดงออกทางอารมณ์ ในครอบครัว เช่น อารมณ์โกรธ เกลียด คำ หรือ ความหึงหวงผู้ป่วยมากเกินไป

4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า รับประทานอาหาร ด้วยตัวเอง

4.4 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตามที่เคยปฏิบัติก่อนที่จะเจ็บป่วย และให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนด้วย เช่น งานบุญ งานบวช ตามปกติ

4.5 สังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ หรือถามจากผู้ป่วยเอง

4.6 สังเกตอาการเตือนก่อนมีการกำเริบของโรคจิต เช่น กระวนกระวาย อารมณ์ดิ่งเครียด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หูแว่ว ภาพหลอน เป็นต้น และนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

5. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนด้อย และให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่า ถ้าญาติมาผู้ป่วยจะได้พบญาติแน่นอน

6. ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในการย้ายผู้ป่วยไปรับการฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนด้อย

7. ย้ายผู้ป่วยพร้อมรายงานไปศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนด้อยและแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำญาติมาเพื่อพูดคุยกับพยาบาลก่อนรับผู้ป่วยกลับบ้าน

การประเมินผล

ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้ป่วยรู้เรื่องขึ้นมาก พูดคุยได้ตอบได้ตรงคำถาม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเข้ากลุ่ม Formal group ชื่อกลุ่มสอนหนังสือเรื่องโรคจิต และกลุ่มเตรียมความรู้ก่อนกลับบ้านในวันที่ 15 มกราคม 2544 แพทย์เยี่ยมผู้ป่วยที่ด้อย และให้ตามญาติมารับผู้ป่วยกลับพร้อมทั้งให้ย้ายผู้ป่วยไปฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนด้อย ก่อนย้ายผู้ป่วยสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านได้ถูกต้องทุกข้อ พยาบาลจึงสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยในวันที่ 15 มกราคม 2544 และติดตามผู้ป่วยทุกเดือนจนถึงเดือนมิถุนายน 2544 ผู้ป่วยยังไม่ได้กลับบ้าน แม้โรงพยาบาลจะตามญาติซ้ำ 3 ครั้งแล้ว และผู้รับผิดชอบงาน

สุขภาพจิตชุมชนชนของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นได้ประสานเครือข่ายงานสุขภาพจิตจังหวัดเลยเพื่อติดตามญาติแล้ว ทราบต่อมาว่าญาติปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้านและต่อมาได้ส่งจดหมายมอบผู้ป่วยให้โรงพยาบาลดำเนินการส่งสถานสงเคราะห์หรือสถานที่อื่น ๆ ให้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

สรุปผลกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 28 ปี รูปร่างผอมสูง ผิวขาวเหลือง การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ครั้งที่ 9 เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2543 มาด้วยอาการหวาดระแวงคลุ้มคลั่ง ทำร้าย บิดา โดยใช้ไม้ทุบท้ายทอย หงุดหงิด ไม่นอน มีอาการมากมา 4 วัน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และรับผู้ป่วยไว้รักษาที่ตึกชงโค โดยให้การรักษาดังนี้

วันที่ 12 ธันวาคม 2543

- Perphenazine (16 mg) 1 tab oral bid pc.
- Benzhexal (5 mg) 1 tab oral bic pc.
- Chlorpromazine (200 mg) 1 tab oral bid pc.
- Haloperidol (5 mg) 1 amp (M) prn agitation
- Haloperidol (25 mg) 1 amp (M) stat
- Fendec (25 mg) 2 amps (M) stat

ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ที่ตึกชงโค ตั้งแต่วันที่ 12 ธันวาคม 2543 ถึงวันที่ 26 ธันวาคม 2543 รวมทั้งหมด 15 วัน และเมื่อพฤติกรรมสงบได้ย้ายไปตึกเร่งรัดบำบัด ฝ่ายคำ พยาบาลได้รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2543 ถึงวันที่ 15 มกราคม 2544

พบปัญหาดังนี้

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และผู้อื่น เนื่องจากมีความคิดหวาดระแวงกลัวผู้อื่นจะมาทำร้ายตนเองและมีเสียงหูแว่ว
2. สัมพันธภาพบกพร่อง เนื่องจากมีความคิดหลงผิดและหวาดระแวงกลัว
3. มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะอยู่บ้าน

หลังจากพยาบาลได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลเป็นเวลา 21 วัน สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยซึ่งมีเสียงหูแว่วและหวาดกลัวคนทำร้ายตลอดเวลา ได้รับความปลอดภัย ตลอดจนไม่ได้ทำอันตรายต่อผู้อื่นและในเวลาต่อมาเสียงหูแว่วได้ลดลง อาการหวาดกลัวหายไป ผู้ป่วยร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดให้ได้ทุกครั้ง มีสัมพันธภาพกับพยาบาลและผู้ป่วยอื่นดีขึ้น จำชื่อพยาบาลได้ และจำชื่อเพื่อนผู้ป่วยอื่นได้ แต่ในส่วนของการรับรู้ในเรื่องอาการเจ็บป่วยตลอดจนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยนั้น หลังจากพยาบาลได้ให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยแล้ว ยังขาดในส่วนของการให้

ความรู้และคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติเนื่องจากแพทย์เจ้าของไข้ให้ตามญาติมารับกลับและให้ย้ายผู้ป่วยไปพื้นที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคอนดู่ ในวันที่ 15 มกราคม 2544 พยาบาลจึงสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วย แต่ได้ประสานเจ้าหน้าที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคอนดู่ให้นัดญาติในวันที่ญาติมารับผู้ป่วย เพื่อพยาบาลจะได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและหาแนวทางแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยร่วมกันกับญาติ พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ตลอดจนการให้คำแนะนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขร่วมกัน แต่เมื่อติดตามผู้ป่วยทุก 1 เดือน จนถึงเดือนมิถุนายน 2544 ผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคอนดู่ แม้โรงพยาบาลจะตามญาติซ้ำอีก 3 ครั้ง และประสานกับเครือข่ายงานสุขภาพจิตจังหวัดเลยเพื่อติดตามญาติ ญาติปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้านและส่งจดหมายมอบผู้ป่วยให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นนำผู้ป่วยส่งสถานสงเคราะห์หรือสถานที่อื่น ๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อไป

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังและยาวนานของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการบำบัดรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเสื่อมถอยในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องที่สำคัญและตรงกับปัญหาการเจ็บป่วยมากที่สุดนั้น โรงพยาบาลจะต้องให้เมื่อผู้ป่วยพร้อมและพูดคุยเดือนผู้ป่วยทุกครั้ง ที่มีโอกาส แต่ให้เป็นไปอย่างช้า ๆ ถิ่น ๆ และชัดเจน ตลอดจนให้ผู้ป่วยทบทวนทุกครั้ง เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยไปด้วย จึงจะได้ประโยชน์สูงสุด

บรรณานุกรม

- ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร และ สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. จิตเวชศาสตร์สำหรับ
ประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์นันทพันธ์, 2542.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ : ธรรมสร,
2539.
- มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาราช. กรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช.
พิมพ์ครั้งที่ 9 : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2537.
- สถาบันสุขภาพจิต . มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต . กรุงเทพมหานคร :
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.