รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและทำร้ายตัวเองในชุมชน

สายทิพย์ ทัศวิล พย.บ
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลแหลมงอบ
E-mail : saitip7713@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี รับไว้ในการดูแลเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2563 ด้วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจากสาเหตุทำร้ายตัวเองโดยการใช้เชือกผูกคอซึ่งเป็นการทำร้ายตัวเองครั้งที่ 2 (ครั้งแรกเมื่อ 3 ปีก่อนด้วยวิธีการแขวนคอเช่นเดียวกัน) พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 3 วันและส่งเยี่ยมบ้านในระบบ Thai COC รับไว้ในการดูแลวันที่ 27 ตุลาคม 2563 จากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับ severe มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ร่างกายอาจได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ได้ให้การพยาบาลโดยสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการความคิด การขอความช่วยเหลือเมื่อมีความคิดฆ่าตัวตาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเอง ส่งเสริมให้รู้สึกมีความหวัง กระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต และให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ดูแลสำหรับป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยในระยะแรกไม่ปล่อยผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดไม่โต้แย้ง จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานตรงตามเวลา นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางกาย ได้แก่ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยตาบอด 1 ข้าง ขาเสีย1ข้างต้องเดินลากขาโดยใช้ไม้เท้าค้ำยัน พื้นบ้านลาดเอียง ห้องน้ำเป็นพื้นปูนลื่น แสงสว่างในบ้านน้อย ให้คำแนะนำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนแว่นสายตา ผลการเยี่ยมพบว่าผู้ป่วยไม่มีการทำร้ายตัวเอง บอกได้ถึงความภูมิใจที่บุกเบิกป่าดงดิบจนเป็นสวนผลไม้และสวนยางพาราให้ลูกๆเป็นที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพ รับประทานอาหารได้ นอนหลับได้อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ไม่มีการพลัดตกหกล้ม ติดตามเยี่ยมตามนัดหมาย พบว่าผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าในระดับ moderate มีความคิดเชิงลบน้อยใจบุตรที่ไม่พาไปพบแพทย์ทำให้ขาดนัด ขาดยา 1 สัปดาห์ และน้อยใจหลานที่ไม่เชื่อฟัง แนะนำผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเชิงลบเป็นเชิงบวก และร่วมกันวางแผนป้องกันการขาดนัด ขาดยา ผลการเยี่ยมพบว่าผู้ป่วยไม่มีการทำร้ายตัวเอง ไม่มีการขาดนัด ขาดยาอีก การเยี่ยมบ้านครั้งถัดไป พบปัญหาทางกาย คือ เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบmetabolic เนื่องจากไม่มีประวัติการได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงฯ และมีพฤติกรรมชอบรับประทานขนมหวาน ดื่มกาแฟผสมเสร็จวันละ 1 ซอง คัดกรองตามแนวทางของงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ ผลคัดกรองพบว่าอยู่ในกลุ่มสงสัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงโรคทางหลอดเลือดสมอง ได้ให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ติดตามเยี่ยมตามนัดหมาย พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต หลังการรักษาสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับเบาหวานครั้งแรกที่ตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด อยู่ในกลุ่มสงสัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่หลังติดตามตรวจซ้ำมีการเปลี่ยนแปลงลดระดับลงเป็นกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมบ้านครั้งต่อมา เนื่องจากอยู่ในสถานการณ์โควิด จึงติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยมีสภาพอารมณ์เศร้าเรื้อรัง รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ร่วมทบทวนและแนะนำการปรับเปลี่ยนวิธีคิดเชิงลบชวนให้คิดมุมบวก และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเอง ผู้ป่วยสามารถช่วยงานในบ้านเล็กน้อยๆ ช่วยถอนหญ้าในสวนและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง สีหน้าแจ่มใส มีอาการเบื่อเป็นบางวัน น้อยใจลูกคนโตไม่

ได้มาหาหลายปี รับประทานอาหารได้ นอนหลับได้ ไม่มีความคิดอยากตาย รับประทานยาต่อเนื่อง บุตรรับปากจะผลัดเปลี่ยนกันพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง หากผู้ดูแลไม่ว่างจะประสานรถองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับ-ส่ง และประสานส่งต่อรพ.สต.ติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง จำหน่ายออกจากความดูแลวันที่ 19 ตุลาคม 2564 รวมระยะเวลาในการรับไว้ดูแลทั้งสิ้น 11 เดือน 23 วัน

บทนำ

ผู้สูงอายุ” กับ “ภาวะซึมเศร้า” ถือเป็นปัญหาใหญ่ที่หลายคนมองข้าม เพราะอาการของโรคไม่ได้บ่งบอกถึงความเจ็บปวดทรมานทางด้านร่างกาย แต่ในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าในผู้อายุเป็นภาวะที่ทำร้ายสุขภาพจิตใจ ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้แบบไม่สนใจ หรือไม่เข้าใจอาการของโรค สามารถกระทบต่อความสุขในชีวิต และอาจส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างได้เช่นกัน สถานการณ์ประเทศไทย พบว่าสถิติการฆ่าตัวตายของผู้สูงวัยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่นๆโดยพบว่าในปี 2560-2562 มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายเท่ากับ ๘๐๑,๙๑๕,๙๒๗ (รายต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพาของลูกหลาน จึงทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าได้ง่าย(ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ , 2565)

ข้อมูลจากใบมรณะบัตรวิเคราะห์จำแนกการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ พบว่า Age Specific suicide mortality rate ปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม2564-สิงหาคม 2565) สูงที่สุดคือกลุ่มสูงอายุ 60ปีขึ้นไป แม้ว่าจำนวน ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงานจะมีจำนวนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ก็ตาม แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายเฉพาะกลุ่มอายุ จะพบว่า กลุ่ม ผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ(ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ , 2565)

สถานการณ์ของอำเภอแหลมงอบตั้งแต่ปี 2556-2566 พบผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 86 ราย ผู้สูงอายุที่ทำร้ายตัวเอง จำนวน 10 ราย ผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 7 ราย(โรงพยาบาลแหลมงอบ , 2566)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และการคิดรู้ รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่างๆ โดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง บกพร่องความจำระยะสั้น ขาดความสนใจ หรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมดนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ติดต่อกันขึ้นไป แยกตัวออกจากสังคมและอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

การรักษาโรคซึมเศร้า

1.การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment) ยาหลักที่ใช้ ได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressant)

2.การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro convulsive therapy หรือ ECT)

3.การรักษาทางจิต (Psychological treatment) การรักษาทางจิตทำได้หลายวิธีดังนี้

3.1 การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy)

3.2 จิตบำบัด (Psychotherapy)

-จิตบำบัดระยะยาว (psychoanalytically oriented psychotherapy)

-จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy)

3.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)

3.4 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) (ฉวีวรรณ สัตยธรรมและคณะ , 2565)

การฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อน และมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่

1.เพศ เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จบ่อยกว่าเพศหญิงมากกว่าสี่เท่า แต่เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตาย (แต่ไม่สำเร็จ) บ่อยกว่าเพศชายสี่เท่า

2.อายุ อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มตามอายุ ผู้สูงอายุพยายามฆ่าตัวตายไม่บ่อยเท่าคนอายุน้อยกว่า แต่จะทำสำเร็จบ่อยกว่า

3.สถานภาพสมรส การสมรสลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกรณีมีบุตรอยู่ที่บ้านด้วย คนโสด ไม่เคยสมรส ผู้ที่หย่าร้าง และผู้ที่เป็นหม้าย จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

4.อาชีพ อัตราการฆ่าตัวตายในผู้ว่างงานสูงกว่าผู้มีงานทำ

5.สุขภาพร่างกาย ปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีส่วนต่อการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนที่โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่สำคัญต่ออาชีพหรือการพักผ่อนหย่อนใจ การเสียโฉม โดยเฉพาะในผู้หญิง และความเจ็บปวดที่เรื้อรังรักษายาก

6.ความเจ็บป่วยทางจิตเวช เกือบร้อยละ 95 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ในจำนวนนี้ร้อยละ 80 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) ร้อยละ 5 เป็นผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (major neurocognitive disorder) หรือภาวะเพ้อ (delirium) (อรพินยอดกลาง มธุรส ทิพยมาลากุลและคณะ , 2563)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

1.ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยและกิจวัตรประจำวัน ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม การได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย การพักผ่อนตามความต้องการของร่างกาย บุคลิกภาพและรูปแบบการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่เคยใช้มา ความพร้อมในด้านแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมของผู้ป่วย

2.การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สภาพอารมณ์เศร้าอย่างเรื้อรังการระบายปัญหาและการปรับตัวไม่เหมาะสม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นบกพร่องเนื่องจากขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม การรับรู้สภาพแวดล้อมและการตัดสินใจ บกพร่องเนื่องจากความคิดหลงผิด ประสาทหลอน การดูแลสุขภาพอนามัยกิจวัตรประจำวันไม่เหมาะสม หรือบกพร่อง การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนแปรปรวน ขาดความสนใจในการดูแลตนเองและสุขภาพอนามัย มีความไม่สุขสบายทางร่างกายทั่วไป เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก

3.กิจกรรมการพยาบาล

3.1 ลดภาวะซึมเศร้า ดังนี้ สร้างสัมพันธภาพ อย่างสม่ำเสมอ ด้วยการให้กำลังใจ เห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อม ให้มีอากาศถ่ายเทดี มีแสงสว่างเพียงพอ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

3.2 ป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ดังนี้ ประเมินโอกาสเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง อาการหลงผิด หรือมีอาการประสาทหลอน อยู่เป็นเพื่อนดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

3.3 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย ดังนี้ หลีกเลี่ยงคำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกลบหลู่ศักดิ์ศรี เอาใจใส่ รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีจริงใจและเป็นมิตร สอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ การตั้งเป้าหมายระยะสั้นตามความสามารถ ให้ความรู้ญาติเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย

3.4 ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยและกิจวัตรประจำวัน ดังนี้ กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรักษาสุขอนามัยของตนเองในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่ายและการดูแลความเรียบร้อยของเครื่องนอนและเครื่องใช้ส่วนตัว

3.5 ดูแลเรื่องการได้รับสารอาหาร และน้ำเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ดังนี้ ดูแลความสะอาดของปากและฟัน จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการรับประทานอาหาร ชักชวน ดูแลให้รับประทานอาหารตามเวลา ในรายที่รับประทานอาหารได้น้อย ดูแลให้ได้รับอาหารระหว่างมื้อเพิ่มเติม หรือแนะนำญาติให้จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้ ดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 แก้ว ติดตามชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยทุก สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง บันทึกพฤติกรรม จำนวนอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน สังเกตการขับถ่ายของผู้ป่วย

3.7 ส่งเสริมการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ดังนี้ งดอาหารหรือเครื่องดื่มที่เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ และให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มที่เป็นประโยชน์อุ่นๆ ก่อนนอน ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคน จัดให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายเป็นรายบุคคลหรือเข้ากลุ่ม

3.8 สอนและฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา ดังนี้ ประเมินรูปแบบและบุคลิกภาพของผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองหาศักยภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาให้เป็นไปในทางบวกมากขึ้น กระตุ้นให้นึกถึงและให้ความสำคัญกับบุคคลสำคัญในชีวิตที่ผู้ป่วยรัก ส่งเสริมให้รู้สึกมีความหวัง กระตุ้นให้มีการตั้งเป้าหมายในชีวิต

3.9 สอนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ดังนี้ ประเมินความพร้อมของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วย และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมอื่น ๆ ให้ความรู้และช่วยแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว

4.การประเมินผล มีภาวะซึมเศร้าลดลง ไม่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น พูดถึงตนเองด้วยความพอใจ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรักษาสุขอนามัยด้วยตัวเอง ได้รับสารอาหาร และน้ำเพียงพอแก่ความต้องของร่างกาย น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 0.5 กิโลกรัมภายใน 1 สัปดาห์ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20 นาที สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้มากขึ้น สร้างเป้าหมายในชีวิตและสามารถปฏิบัติให้บรรลุผลตามเป้าหมายนั้นได้ สามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เหมาะสมกับศักยภาพของตนเองได้ (มุกข์ดา ผดุงยาม, 2561)

การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย

1.ประเมินพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและเป็นสาเหตุชักจูงให้ฆ่าตัวตาย เช่น สถานภาพการสมรส อายุ เพศ อาชีพและรายได้ บุคลิกภาพเดิม สภาพความเป็นอยู่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ประวัติการฆ่าตัวตาย วิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย

1.2 อาการและอาการแสดง เช่น มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง สิ้นหวังและขาดที่พึ่ง หรือมีอาการในกลุ่ม affective disorder มีบุคลิกภาพแปรปรวน หรือมีการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

1.3 มีความตั้งใจ หรือมีการวางแผนการฆ่าตัวตาย เช่น การพูดถึงการตายการส่งสัญญาณเตือนต่างๆ เช่น การสั่งลา สั่งเสีย ในกรณีที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ต้องสอบถามให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยมีความคิดจะฆ่าตัวตายอยู่หรือไม่

1.4 ความพร้อมในด้านแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมของผู้ป่วย เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต

2.การวินิจฉัยทางการพยาบาล จะมุ่งเน้นการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายซ้ำ การส่งเสริมความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

3.กิจกรรมการพยาบาล

3.1 เฝ้าระวังหรือป้องกันการฆ่าตัวตาย ประเมินความเสี่ยงและวางแผนป้องกันจากพฤติกรรมของผู้ป่วยได้แก่ คำพูด ความคิด ความรู้สึก จำกัดบริเวณหรือผูกมัดผู้ป่วยหากจำเป็น จัดให้มีบุคลากรใกล้ชิดตลอดเวลา จัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ห้องพักของผู้ป่วยต้องไม่มืด อากาศถ่ายเทดี จัดเก็บอุปกรณ์ที่นำมาถูกใช้ในการฆ่าตัวตายทุกชนิด ดูแลช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

3.2 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้การยอมรับผู้ป่วย ไม่ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ หรือหัวเราะในพฤติกรรมของผู้ป่วย เอาใจใส่ และรับฟังเรื่องราวต่างๆของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่จริงใจและเป็นมิตร กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยและให้กำลังใจทุกครั้งที่ทำกิจกรรมสำเร็จ

3.3 ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กระตุ้นให้ครอบครัวช่วยเหลือและให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ให้ความรู้และช่วยแนะนำแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว

3.4 ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาชีวิตที่สร้างสรรค์ ค้นหาแรงกดดันหรือลักษณะการดำเนินชีวิตที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ค้นหาศักยภาพและกระตุ้นให้นำมาใช้ในการเสริมสร้างพลังชีวิตให้แก่ตนเอง

4.การประเมินผลทางการพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น สร้างเป้าหมายในชีวิตมีความหวังในชีวิตมากขึ้น สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้มากขึ้น และแสวงหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เหมาะสมกับตนเองได้ มีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น(มุกข์ดาผดุงยาม , 2561)

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 27 ตุลาคม 2563 วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล วันที่ 19 ตุลาคม 2564 โดยติดตามให้การพยาบาล 5 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 27 ตุลาคม 2563, ครั้งที่ 2 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2563, ครั้งที่ 3 วันที่ 29 มกราคม 2564, ครั้งที่ 4 วันที่ 22 เมษายน 2564, ครั้งที่ 5 วันที่ 19 ตุลาคม 2564
รวมวันที่รับไว้ในความดูแล 11 เดือน 23 วัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (INHOMESSS ASSESSMENT)

I : การเคลื่อนไหว (Immobility)

การประเมินความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยใช้ Bathel ADL Index (ADL Score) เท่ากับ 20 คะแนน อยู่ในภาวะไม่พึ่งพา สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เอง ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม Timed Up and Go test : TUG ใช้เวลา ≥ 12 วินาที มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

N : ภาวะโภชนาการ / อาหาร (Nutrition)

ดัชนีมวลกาย 19.48 อยู่ในระดับปกติ แต่อสม.ประจำบ้านบอกว่าว่าผอมลง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีประวัติแพ้อาหาร ดื่มกาแฟซองผสมเสร็จวันละ 1 ซองก่อนอาหารมื้อเช้า ชอบรับประทานขนมหวาน มีการเติมน้ำปลาลงในอาหารปรุงสำเร็จบ่อยครั้ง ชอบรับประทานเนื้อปลา บางครั้งไม่มีปลาจะรับประทานหมูสามชั้นแทน ไม่ชอบเนื้อแดง เนื่องจากเหนียว มีฟันบดเคี้ยวไม่ครบ

H : สภาพบ้าน (Home Environment)

เป็นบ้านไม้ชั้นเดียว มั่นคงแข็งแรง เปิดโล่ง บ้านอยู่ในระดับต่ำกว่าถนนลาดเอียงลงประมาณ 1 เมตร ห้องนอน 1 ห้องผนังห้องกั้นไม่ถึงหลังคา มีหน้าต่างน้อยช่อง มีหลอดไฟน้อยแสงสว่างในบ้านสลัว ทำให้บ้านทึบแสง ห้องน้ำพื้นปูน ไม่มีราวจับ โถส้วมเป็นแบบนั่งยองรอบบ้านเป็นสวนผลไม้และสวนยางพารา มีบ้านในบริเวณเดียวกันห่างๆมองไม่เห็นในระยะสายตา

O : สมาชิกคนอื่นในบ้าน/ชุมชน (Other People) มีสมาชิกในบ้านทั้งหมด 3 คน ได้แก่

-ตัวผู้ป่วย

-บุตรชาย 1 คน อายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลหลัก ไม่มีโรคประจำตัวและไม่เคยตรวจสุขภาพตามเกณฑ์อายุ

-หลานชาย 1 คน อายุ 11 ปี สุขภาพแข็งแรง

-ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ค่อยได้พูดคุยกับบุตรชายเนื่องจากบุตรชายออกไปทำงานนอกบ้านและมักสังสรรค์ดื่มสุรากลับบ้านมึดเป็นประจำ ส่วนใหญ่มักพูดคุยกับหลานชาย

-บุคคลในชุมชนที่ให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำในชุมชน

M : ยาที่ผู้ป่วยใช้ (Medication) เป็นยาที่ผู้ป่วยได้รับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.Haloperidol 2 mg รับประทานครั้งละ ¼ เม็ด ก่อนนอน

2.Diazepam 5 mg รับประทานครั้งละครึ่งเม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน

3.Lorazepam 0.5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เฉพาะเวลานอนไม่หลับ

4.Sertraline HCL 50 mg รับประทานครั้งละครึ่งเม็ดก่อนนอน

E : การตรวจร่างกาย/ติดตาม (Examination)

ส่วนสูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 19.48 อยู่ในระดับปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซนเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/84 มิลลิเมตรปรอท

- ผิวหนัง : ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ ผิวคล้ำ ไม่มีผื่นหรือจุดจ้ำเลือด ผิวแห้ง
- ศีรษะ : ไม่มีแผลหรือก้อนใดๆ ไม่มีสะเก็ดหรือตุ่มหนองบนใบหน้า หน้าไม่บวม ปากแห้ง
- ตา : ตาซ้ายบอด ตาขวามองเห็นชัดเจนแต่มองระยะใกล้จะมองไม่ชัด
- หู : การได้ยินชัดเจน ใบหูไม่ผิดรูป ไม่มีแผล ไม่มีสารคัดหลั่ง มีหูแว่วได้ยินเสียงคนพูดแต่รู้ว่าไม่มีจริง
- จมูก : ได้รูป ไม่บวมแดง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งหรือเลือดกำเดาไหล กดไม่เจ็บ
- ปาก : ริมฝีปากไม่แห้ง ไม่มีฟันปลอม มีฟันจำนวน 24 ซี่ สามารถเคี้ยวอาหารได้เป็นปกติ
- คอ : ปกติ ไม่มีก้อน ต่อมน้ำเหลืองไม่โต
- ทรวงอก : การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เสียงการเต้นของหัวใจปกติ
- ท้อง : คลำไม่มีก้อนใดๆ
- ระบบทางเดินอาหาร : ท้องผูกบ่อย ไม่มีถ่ายดำ
- ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะไม่แสบขัด
- แขนและขา : แขนสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทั้ง 2 ข้าง เข่าข้างขวางอไม่ได้ ต้องเดินลากขาโดยใช้ไม้เท้าค้ำยัน

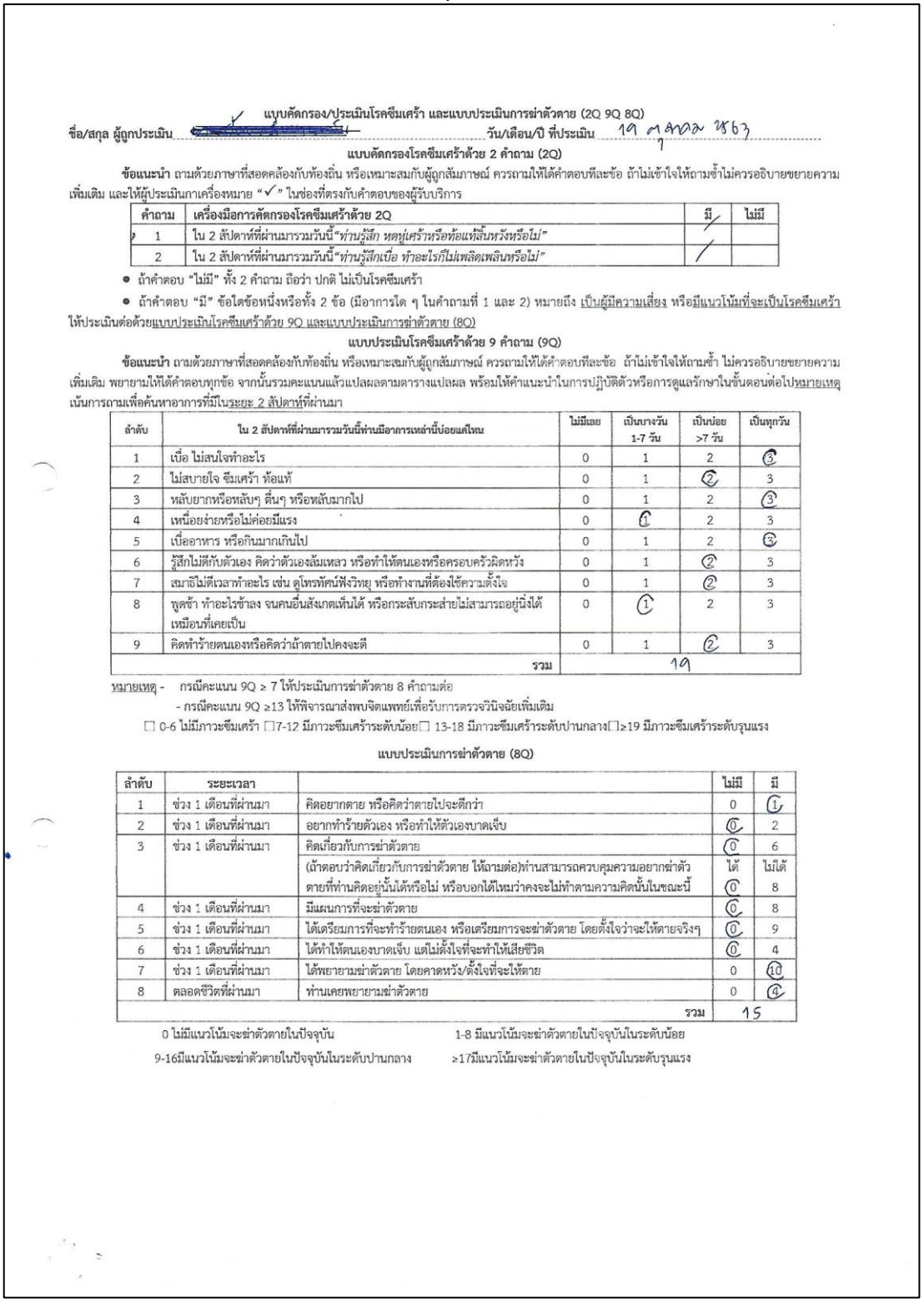
S : ความคุกคาม (Safety/Stability) ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีบุตรชายดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว มีเบี้ยผู้สูงอายุเดือนละ 700 บาท ใช้สิทธิผู้สูงอายุในการรักษาพยาบาล มีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสารเนื่องจากสมาชิกทุกคนในบ้านไม่มีโทรศัพท์ และอยู่ในชุมชนที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ทุกเครือข่าย ต้องสื่อสาร ทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต กลางของชุมชนที่รัฐบาลจัดตั้งให้ผ่านสื่อออนไลน์แอปพลิเคชั่น Line/Facebook มีปัญหาเรื่องตาไม่สามารถมองเห็นวิธีการรับประทานยาได้เนื่องจากตาซ้ายบอด ตาขวามองระยะใกล้ไม่ชัด

S : สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health)ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องเวรกรรม บุญ บาป

S : ทางเลือกการรักษาอื่นในชุมชน (Service)

-บ้านอยู่ห่างจากบ้านอสม. 500 เมตร ห่างจากบ้านลูกสาว 4 กิโลเมตร ระยะทางจากบ้านมารพ.สต. 4 กิโลเมตร ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลชุมชน 12 กิโลเมตร

ผลการคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า วันที่ 19 ตุลาคม 2563



แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q)

ชื่อ/สกุล ผู้ถูกประเมิน [redacted] วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน 19 ตุลาคม 2563

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม และให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย "✓" ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

คำถาม	เครื่องมือการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้*"ท่านรู้สึก หดหู่เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่"*	✓	
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้*"ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่"*	✓	

- ถ้าคำตอบ "ไม่มี" ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ "มี" ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไปหมายเหตุ เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ลำดับ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร	0	1	2	(3)
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	(2)	3
3	หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	(3)
4	เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	(1)	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	(3)
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	(2)	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	(2)	3
8	พูดช้า ทำอะไรช้าลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	(1)	2	3
9	คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	(2)	3
	รวม	19			

หมายเหตุ - กรณีคะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามต่อ

- กรณีคะแนน 9Q ≥13 ให้พิจารณาส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

☐ 0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย☐ 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง☐≥19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา		ไม่มี	มี
1	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	(1)
2	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	(0)	2
3	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	(0)	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ)ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ (0)	ไม่ได้ 8
4	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	(0)	8
5	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	(0)	9
6	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	(0)	4
7	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	(10)
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	(6)
		รวม	15	

0 ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย

9-16มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง ≥17มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Major depressive disorder with suicidal attempt (โรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

1.เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ

2.ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย

3.การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ

4.การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

5.เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ไม่มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มเติมแต่ยังพบปัญหาที่ 1 คือ

1.เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่ม คือ

6.เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบ metabolic ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเดิมบรรลุวัตถุประสงค์ แต่มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่ม คือ

7.สภาพอารมณ์เศร้าเรื้อรัง

รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแต่ละข้อ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 (วันที่ 27 ตุลาคม 2563) ร่างกายเสื้อผ้าสะอาด สีหน้าเรียบเฉย อยู่บ้านคนเดียว บุตรชายไปทำงานในสวน (ให้อสม.ตามมาพบที่บ้าน) ผู้ป่วยบอกว่าทำงานทำการไม่ได้ เป็นภาระให้ลูกหลาน จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยคิดไปเอง ลูกหลานไม่เคยบ่นว่า ได้ยินเสียงคนพูดแต่รู้ว่าไม่มีจริง คิดว่าถ้าตัวเองตายไปคงจะดี มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นบางครั้ง รู้สึกน้อยใจเวลาที่ลูกหลานกลับบ้านมืด รับประทานอาหารได้น้อย รู้สึกเบื่ออาหาร(อสม.บอกว่าผอมลงจากเดิม) นอนหลับยาก หลับไม่สนิทหลับๆตื่นๆ ทั้งคืน อ่อนเพลียไม่อยากทำอะไร ไม่อยากพูดคุยกับใคร จัดยารับประทานยาเอง สอบถามพบว่ารับประทานไม่ถูกต้องสลับเวลา ลืมรับประทานยาบ่อย 9Q=19 8Q=15 นน.53 กิโลกรัม BMI 19.48 อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/84 มิลลิเมตรปรอท นัดรับยาครั้งต่อไปวันที่ 23 พฤศจิกายน 2563

ยาที่รับประทาน

1.Haloperidol 2 mg รับประทานครั้งละ ¼ เม็ด ก่อนนอน

2.Diazepam 5 mg รับประทานครั้งละครึ่งเม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน

3.Lorazepam 0.5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เฉพาะเวลานอนไม่หลับ

4.Sertraline 50 mg รับประทานครั้งละครึ่งเม็ดก่อนนอน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยเคยมีประวัติทำร้ายตัวเองมา 2 ครั้ง

2.มีภาวะซึมเศร้าในระดับ severe จากผลการประเมินซึมเศร้า 9Q=19 และจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q=15 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง

3.ผู้ป่วยพูดว่า“เป็นภาระลูกหลาน ถ้าตายไปคงจะดี”

4.ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังคนเดียว

5.รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการจัดยารับประทานเอง ลืมบ่อย

6.ผู้ป่วยดื่มเบียร์ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นอารมณ์ที่ผิดปกติ มีการตัดสินใจที่แย่ลง เพิ่มโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีการทำร้ายตัวเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1.9Q< 7 8Q ลดลง

2.ผู้ป่วยสามารถบอกเหตุผลของการมีชีวิตได้

3.ผู้ป่วยบอกชื่อบุคคลหรือสถานที่ที่สามารถไปปรึกษาได้เมื่อมีความคิดทำร้ายตัวเองหรือคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

2.วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

2.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์และสิ่งที่เป็นปัญหา ช่วยค้นหาบุคคลหรือแหล่งช่วยเหลือในชุมชนเมื่อผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

2.2 ร่วมค้นหาสาเหตุของความอยากตาย ชี้แนะให้ผู้ป่วยมองเห็นประโยชน์ของการมีชีวิตอยู่

2.3 แนะนำให้งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.4 อธิบายให้ผู้ดูแลรับทราบเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแล ดังนี้

-จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ปราศจากสิ่งกระตุ้นที่ก่ออันตราย ได้แก่ เก็บวัตถุสิ่งของที่จะนำไปใช้ทำร้ายตัวเองให้พ้นจากสายตาผู้ป่วย เช่น มีด ปืน เชือก ยา สารเคมีต่างๆ

-อยู่กับผู้ป่วย ดูแลใกล้ชิดไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตามลำพัง รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดไม่โต้แย้ง

-แนะนำสังเกตสัญญานการฆ่าตัวตาย เช่น ผู้ป่วยบอกมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ต้องรีบให้การช่วยเหลือทันทีไม่เพิกเฉย

2.5 ประเมินความถูกต้องของการบริหารยาและดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานแทนการให้ผู้ป่วยจัดยาเอง

2.6 แนะนำการติดตามการรักษาต่อเนื่องวันที่ 23 พฤศจิกายน 2563

ประเมินผล

1.จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีการทำร้ายตัวเอง

2.ผู้ป่วยบอกว่าเมื่อมีความคิดทำร้ายตัวเองหรือคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจะบอกลูกชาย

3.ผู้ป่วยบอกคิดถึงหลานชายที่บวชเป็นพระอยู่ต่างจังหวัดรับปากจะมาเยี่ยมทำให้มีกำลังใจรอคอย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยบอกว่า “ทำงานทำการไม่ได้เป็นภาระให้ลูกหลาน(คิดไปเอง ลูกหลานไม่เคยบ่นว่า)

2.มีภาวะซึมเศร้าในระดับ severe จากผลการประเมินซึมเศร้า 9Q=19

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าในตัวเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยสามารถบอกคุณค่าของตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัวเอง รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างตั้งใจ ยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น

2.วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง ดังนี้

2.1 ทบทวนการดูแลร่วมกับครอบครัว ซึ่งเป็นบุตรชายและหลาน เกี่ยวกับภาวะโรคของผู้ป่วย งดการโต้เถียงยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ ไม่ซ้ำเติม

2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตัวเองโดยการซักถามเรื่องความภาคภูมิใจ ส่งเสริมให้รู้สึกมีความหวัง กระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในชีวิต

2.3 ค้นหาและมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำตามกำลังความสามารถและตามความสมัครใจของผู้ป่วย ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมสำเร็จ

ประเมินผล

1.ผู้ป่วยบอกได้ถึงความภูมิใจที่บุกเบิกป่าดงดิบจนเป็นสวนผลไม้และสวนยางพาราให้ลูกๆเป็นที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพ

2.ผู้ป่วยบอกว่าจะช่วยจับเวลาในการรดน้ำทุเรียนบริเวณใกล้บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการขาดสารน้ำสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยบอกเบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทาน

2.อสม.และบุตรชายบอกว่าผู้ป่วยผอมลง

3.มีภาวะซึมเศร้าในระดับ severe จากผลการประเมินซึมเศร้า 9Q=19

4.รับประทานยา Lorazepam ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม benzodiazepines มีผลข้างเคียงทำให้ความอยากอาหารลดลง

5.มีภาวะท้องผูกบ่อย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ไม่รู้สึกอ่อนเพลีย ผิวหนังไม่มีภาวะskin turgor

2.น้ำหนักของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 0.5กิโลกรัมภายใน 1 สัปดาห์’

3.ไม่มีอาการท้องผูก

กิจกรรมการพยาบาล

1.วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

1.1 แนะนำผู้ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานเมื่อถึงมื้ออาหาร ถ้ามื้อหลักรับประทานได้น้อย จัดแบ่งเป็นมื้อเล็กแต่บ่อยครั้งและอยู่เป็นเพื่อนคุยขณะรับประทานอาหาร

1.2 แนะนำผู้ดูแลจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน และครบสารอาหาร หากผู้ป่วยไม่รับประทานจัดหาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารชั่วคราว

1.3 แนะนำการดูแลความสะอาดของปากและฟัน และประสานแผนกทันตกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก

1.4 กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 แก้วโดยให้ตวงใส่ขวดโค้กขนาด1.5 ลิตร

ประเมินผล

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ผู้ป่วยเบื่ออาหารลดลง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ผิวหนังไม่มีภาวะskin turgor น้ำหนักขึ้นจากเดิม1.5 กิโลกรัม ไม่มีอาการท้องผูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยบอกนอนหลับยาก หลับไม่สนิทหลับๆตื่นๆทั้งคืน

2.มีภาวะซึมเศร้าในระดับ severe จากผลการประเมินซึมเศร้า 9Q=19

3.ห้องนอนผู้ป่วยกั้นไม่ถึงหลังคา กลางคืนมีแสงสว่างส่องถึงได้

4.กลางคืนหลานชายมีกิจกรรมที่ทำให้มีเสียงดัง ได้แก่ ดูโทรทัศน์ ทำการบ้าน อ่านหนังสือ

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนตามความต้องการของร่างกายให้เกิดความสมดุล

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1.วางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

1.1 ดูแลจัดยานอนหลับเสริมให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วย

1.2 จัดหา eye pad สีดำให้ผู้ป่วยใช้ชั่วคราว

1.3 ร่วมกันวางแผนกั้นห้องให้มิดชิด เบื้องต้นแนะนำให้ใช้วัสดุที่หาได้ชั่วคราวในบ้าน โดยใช้ไวนิลที่ไม่ได้ใช้แล้วกั้นไปก่อน

1.4 แนะนำอาหารที่รับประทานก่อนนอนที่ช่วยกระตุ้นการนอนหลับ โดยจัดทำรายชื่ออาหารไว้ให้ผู้ป่วยเลือกรับประทาน

1.5 แนะนำทางเลือกกิจกรรมก่อนนอนที่ช่วยให้นอนหลับ ได้แก่ การทำสมาธิบำบัด สวดมนต์ก่อนนอน

1.6 พูดคุยเป็นเพื่อน รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดไม่โต้แย้ง

1.7 แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมด้วยการเดินบริเวณรอบบ้านและสวนแก่ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 30 นาที

1.8 แนะนำหลานชายงดการใช้เสียงดังหลังผู้ป่วยเข้านอน

ประเมินผล

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น นอนไม่หลับเป็นบางคืนต้องรับประทานยานอนหลับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1.วัยผู้สูงอายุ อายุ 73 ปี

2.ตาซ้ายบอด ตาขวามองเห็นชัดเจนแต่มองระยะใกล้จะมองไม่ชัด

3.เข่าข้างขวางอไม่ได้ ต้องเดินลากขา

4.รับประทานยา Lorazepam และ Diazepam ที่เป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines มีอาการข้างเคียง ง่วงซึม มึนศีรษะ การประสานงานของกล้ามเนื้อไม่ดี เดินเซ

5.พื้นห้องน้ำไม่มีราวจับ โถส้วมเป็นแบบนั่งยอง แสงสว่างภายในบ้านน้อย

6.บ้านอยู่ในระดับต่ำกว่าถนนลาดเอียงลงประมาณ 1 เมตร

7.Timed Up and Go test : TUG ใช้เวลา ≥ 12 วินาที : มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ

2.TUG <12 วินาที

3.ผู้ป่วยไม่มีการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1.อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

2.ร่วมกันแก้ไขปัญหาและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลกับเครือข่ายสุขภาพและเครือข่ายในชุมชน

ประเมินผล

1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ๆผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ให้ความช่วยเหลือ ดังนี้

1.1 สนับสนุนแว่นสายตา

1.2 ช่วยเปลี่ยนโถส้วมเป็นแบบนั่งราบ

2.บุตรชายติดตั้งราวจับและติดแผ่นกันลื่นในห้องน้ำ ติดหลอดไฟเพิ่มแสงสว่างภายในบ้าน ทำทางขึ้นลงบ้านที่ลาดเอียงให้เป็นขั้นบันไดสะดวกสำหรับการเดิน

3.จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีการพลัดตกหกล้ม TUG <12 วินาที

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (วันที่ 30 พฤศจิกายน 2563) ร่างกายเสื้อผ้าสะอาด อยู่บ้านกับบุตรชาย ผู้ป่วยบอกว่าเครียดเรื่องตัวเองเคยทำสวนได้ ตอนนี้ทำไม่ได้ ไม่ได้ไปตามนัด (23 พฤศจิกายน 2563) ขาดยาไป 1 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ป่วยลืมวันนัดจึงไม่ได้บอกลูกชายไว้ล่วงหน้า ทำให้ลูกชายไม่ว่างไปส่ง น้อยใจลูกหลานที่เลี้ยงมา ไม่เชื่อฟัง และไม่สนใจพาไปพบแพทย์ตามนัด หูแว่วได้ยินเสียงคนแต่รู้ว่าไม่มีจริง นอนหลับๆตื่นๆเข้านอน 20.30 น. ตื่น 5.00 น.นอนกลางวัน 1-2 ชั่วโมงต่อวัน เบื่ออาหารลดลง ยังมีคิดว่าถ้าตัวเองตายไปคงจะดีเป็นบางวัน แต่ไม่มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายแล้ว TUG <12 วินาที ไม่มีการพลัดตกหกล้ม 9Q=15 8Q=5 น้ำหนัก 54.5 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้งต่อนาทีหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/84 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 54.5 นัด รับยาครั้งต่อไปวันที่ 7 ธันวาคม 2563

ยาที่รับประทาน

1.Haloperidol 2 mg รับประทานครั้งละครึ่งเม็ด ก่อนนอน (เดิม ¼ เม็ด)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ไม่มีข้อวินิจฉัยเพิ่มเติมแต่ยังพบปัญหาที่ 1 คือ

1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1.มีภาวะซึมเศร้าในระดับ moderate จากผลการประเมินซึมเศร้า 9Q=15 และจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q=5 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย

2.ผู้ป่วยบอกว่า “เครียดเรื่องตัวเองเคยทำสวนได้ ตอนนี้ทำไม่ได้ น้อยใจลูกหลานที่เลี้ยงมา ไม่เชื่อฟัง และไม่สนใจพาไปพบแพทย์ตามนัด คิดว่าถ้าตัวเองตายไปคงจะดี ”

3.ผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา 1 สัปดาห์

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีการทำร้ายตัวเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

2.ประเมิน 9Q<7 8Q ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1.สอนผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบที่ทำให้เกิดซึมเศร้า ชวนให้คิดในมุมบวก

2.ช่วยผู้ป่วยค้นหาทางเลือกในการระบายความต้องการหรือเมื่อมีอารมณ์เศร้าเกิดขึ้น

3.ดูแลให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยให้อสม.นัดบุตรคนอื่นนอกเหนือจากที่ดูแลอยู่ในปัจจุบันมาร่วมรับฟัง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการดูแล ความสำคัญของการรักษา ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

4.ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดรถรับ-ส่งผู้ป่วยไปตามนัด กรณีลูกหลานไม่ว่างไปส่งรับยา

ประเมินผล จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

1.ผู้ป่วยหน้าตาแจ่มใส ประเมินซึมเศร้า 9Q=4 8Q=4

2.บุตรที่เป็นผู้ดูแลร่วมบ้านรับปากจะดูวันนัด และแจ้งวันนัดกับบุตรคนอื่น จัดเวรสลับกันส่งผู้ป่วย หากไม่ว่างพร้อมกันจะขอรถอบต.รับ-ส่ง ทำให้ไม่พบการขาดนัด ขาดยาอีก

3.ไม่พบการทำร้ายตัวเองซ้ำ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (วันที่ 29 มกราคม 2564) ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว สีหน้าแจ่มใส ไม่มีหูแว่ว รับประทานอาหารได้ นอนหลับได้ดี ไม่มีความคิดอยากตายแล้ว แต่ยังมีเบื่อเป็นบางครั้ง 9Q=4 8Q=4 น้ำหนัก 56 กิโลกรัม BMI 20.58 อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 138/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที Dtx.(ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากการเจาะปลายนิ้วหลังงดน้ำ-งดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) = 132 mg% นัดรับยาครั้งต่อไปวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564

ยาที่รับประทาน

1.Diazepam 5 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน (เดิมครึ่งเม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน

2.Lorazepam 0.5 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ก่อนนอน (เดิม 1 เม็ดเฉพาะเวลานอนไม่หลับ)

3.Sertraline HCL 50 mg รับประทานครั้งละ 1.5 เม็ดก่อนนอน (เดิมครึ่งเม็ด)

มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่ม คือ

6.เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบ metabolic ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบ metabolic ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยไม่เคยรับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากโรคmetabolic

2.ความดันโลหิต 138/88 mmHg ซึ่งอยู่ในเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่

3.ผล Dtx. วันที่ 29 มกราคม 2564=132 mg% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์กลุ่มสงสัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

4.ผู้ป่วยชอบรับประทานขนมหวาน และดื่มกาแฟซองผสมเสร็จวันละ1ซอง

5.มีพฤติกรรมใส่น้ำปลาในอาหารปรุงสำเร็จก่อนรับประทานทุกครั้ง

6.มีประวัติเคยสูบยาเส้นมานาน 20 ปี

วัตถุประสงค์

1.เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคทางระบบmetabolic

2.เพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางระบบmetabolic

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคทางระบบmetabolic

2.ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับโรคทางระบบmetabolic

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินความเสี่ยงโรคทางmetabolicโดยใช้แบบคัดกรองจากงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

2.ทบทวนรูปแบบการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และวางแผนปรับพฤติกรรม ดังนี้

-ลดขนมหวาน ลดปริมาณกาแฟหรือเปลี่ยนเป็นกาแฟดำ ผู้ป่วยบอกจะลดกาแฟเหลือวันละ 1 แก้ว

-งดการเติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว

-งดการรับประทานปลาเค็ม /เนื้อหมูสามชั้น

-งดอาหารกะทิ เช่น แกงกะทิ ต้มกะทิ ขนม

-เดินบริเวณรอบบ้านและสวนอย่างน้อยวันละ 30 นาที โดยเริ่มวันละ5-10 นาที และค่อยๆเพิ่มขึ้น

3.นัดติดตามตรวจDtx.ซ้ำอีก 3 เดือน(วันที่ 22 เมษายน 2564)

ประเมินผล

1.จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 (วันที่ 22 เมษายน 2564) ที่นัดติดตามตรวจDtx.ซ้ำ แต่เนื่องจากอยู่ในสถานการณ์โควิด ทำให้ไม่สามารถตรวจได้ตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ จึงเปลี่ยนเป็นประเมินอาการและทบทวนการปฏิบัติตัวทางโทรศัพท์แทน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปัสสาวะเกิน 3 ครั้งเวลากลางคืน ไม่มีอาการกระหายน้ำบ่อย หรือหิวบ่อย รับประทานขนมหวานน้อยลง ดื่มกาแฟดำแทนกาแฟผสมเสร็จ

2.วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้ยาลดความดันโลหิต Amlodipine besilate 5 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

3.จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 (วันที่ 19 ตุลาคม 2564) ระดับความดันโลหิต 129/78 มิลลิเมตรปรอท แปลผลว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และผล Dtx.=122 mg% แปลผลว่าผู้ป่วยลดระดับจากกลุ่มสงสัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เป็นกลุ่มเสี่ยง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 (วันที่ 22 เมษายน 2564) เนื่องจากอยู่ในสถานการณ์โควิด จึงติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ มีอาการเบื่อหน่ายที่ต้องอยู่บ้านออกไปไหนไม่ได้ ลูกหลานไม่ค่อยพูดคุยด้วย ลูกหลานคนอื่นก็ไม่มาหา รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่าเป็นภาระให้ลูกหลานคิดว่าตายไปคงน่าจะดี แต่ไม่คิดทำร้ายตัวเอง หูแว่วได้ยินเสียงคนเรียกตอนเคลิ้มๆ บุตรชายจัดยาให้รับประทาน ประเมินภาวะเสี่ยงเบาหวานพบว่าไม่มีอาการปัสสาวะเกิน 3 ครั้งเวลากลางคืน ไม่มีอาการกระหายน้ำบ่อย หรือหิวบ่อย รับประทานขนมหวานน้อยลง ดื่มกาแฟดำแทนกาแฟผสมเสร็จ เข้านอน 22.00 น.หลับได้สนิทตื่น 6.00 น. นอนกลางวัน1-2 ชั่วโมงต่อวัน รับประทานอาหารได้ 9Q=12 8Q=5

ยาที่รับประทาน

1.Sertraline HCL 50 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ดก่อนนอน (เดิม 1.5 เม็ด)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเดิมบรรลุวัตถุประสงค์ แต่มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่ม คือ

7.สภาพอารมณ์เศร้าเรื้อรัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 สภาพอารมณ์เศร้าเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระให้ลูกหลาน คิดว่าตายไปคงน่าจะดี”

2.มีภาวะซึมเศร้าในระดับ mild 9Q=12

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถระบายปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1.ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง

2.ประเมิน 9Q<7 8Q ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในสถานการณ์โรคโควิดซึ่งทำให้ลูกหลานไม่สามารถไปมาหาสู่ได้

2.สอนผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบที่ทำให้เกิดซึมเศร้า ชวนให้คิดในมุมบวก เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและค้นหาศักยภาพตัวเองทั้งในปัจจุบันและในอดีตที่ผ่านมา และตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงของสภาพอารมณ์หลังการเปลี่ยนความคิด

3.ทบทวนการดูแลผู้ป่วยกับบุตรที่อยู่ร่วมบ้าน ดังนี้ ให้กำลังใจผู้ป่วยโดยการบอกว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นภาระลูกหลานเต็มใจดูแล สอบถามความต้องการของผู้ป่วยและทำตามความต้องการไม่โต้แย้ง

ประเมินผล

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5

1.ผู้ป่วยบอก “ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถทำงานสวนได้แข็งแรงเหมือนเดิม ก็ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ช่วยลูกทำงานบ้านเล็กๆน้อย เช่น ล้างจาน ถอนหญ้าในสวน”

2.ประเมินซึมเศร้า 9Q=5 8Q=4 และผู้ป่วยไม่มีการทำร้ายตัวเองซ้ำ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 (วันที่19 ตุลาคม 2564) ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว สีหน้าแจ่มใส มีเบื่อเป็นบางครั้ง น้อยใจบุตรชายคนโต ไม่มาหาหลายปี แต่รับรู้ว่าอยู่ในช่วงโควิดทำให้ไม่สะดวกมา มีบุตรคนอื่นผลัดเปลี่ยนกันมาดูแล ไม่มีความคิดอยากตายแล้ว รับประทานอาหารได้ เข้านอน 22.00 น.หลับได้สนิทตื่น 6.00 น. นอนกลางวัน1-2 ชั่วโมงต่อวัน บุตรชายจัดยาให้รับประทานต่อเนื่อง 9Q=5 8Q=4 น้ำหนัก 56.5 กิโลกรัม BMI 20.77 อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 129/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผล Dtx.=122 mg% ส่งต่อรพ.สต.ในการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง

ยาที่รับประทาน

1.Amlodipine besilate 5 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

การนำไปใช้ประโยชน์

1.นำไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและทำร้ายตัวเองสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ

2.ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรู้ ความเข้าใจและร่วมมือกันในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

1.เชิงปริมาณ ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าและทำร้ายตัวเองในชุมชน จำนวน 1 ราย วันที่รับไว้ในความดูแลวันที่ 27 ตุลาคม 2563 วันที่จำหน่ายจากการดูแลวันที่ 19 ตุลาคม 2564 รวมเป็นระยะเวลา 357 วัน

2.เชิงคุณภาพ ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าและทำร้ายตัวเองในชุมชน ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 5 ครั้ง โดยเป้าหมายระยะสั้น ได้แก่ ลดภาวะซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำและดูแลเรื่องอาการแสดงทางกาย เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และกำหนดเป้าหมายระยะยาว โดยการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง หาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทั้งครอบครัว ชุมชน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รับการรักษาต่อเนื่อง ร่วมกับประเมินความเสี่ยงทางกายได้แก่ ภาวะพลัดตกหกล้มและโรค

ทางระบบmetabolic ตลอดเวลาที่เยี่ยมไม่พบการทำร้ายตัวเองซ้ำ ไม่มีการพลัดตกหกล้ม ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ หลังรับการรักษาควบคุมระดับความโลหิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่

บรรณานุกรม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผ จันทร์สุข, และศุกร์ใจ เจริญสุข. (2565). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 4). บริษัทธนาเพลส จำกัด.

นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2563). *การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์.

นิราศศิริ โรจนธรรมกุล. (2563). *การพยาบาลผู้สูงอายุ:ด้านการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต*. บริษัทไทยควอลิตี้บุ๊คส์(2006)จำกัด.

มุกข์ดา ผดุงยาม. (2561). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์*. บริษัท นีโอดิจิตอล จำกัด.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์อุบลราชธานี. (2560). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4/2560)*. https://www.dmh-elibrary.org/items/show/221/โรคซึมเศร้า

โรงพยาบาลแหลมงอบ. (2566). สถิติผู้ป่วยโรคทางสุขภาพจิต.โรงพยาบาลแหลมงอบ.

ลออ สิงหโชติสุขแพทย์. (2565). *ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช:การเรียนรู้สู่การปฏิบัติ*. บริษัท นีโอดิจิตอล จำกัด.

วรณัน ประสารอธิคม. (2561). *แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน*. https://med.mahidol.ac.th/การดูแลสุขภาพที่บ้าน

ศิริมา ลีละวงศ์, ชุติกาญจน์ หฤทัย, ธีรพร สถิรอังกูร, นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ขวัญนภา ขวัญสถาพรกุล, และอุไรพร จันทะอุ่มเม้า. (2557). *หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน*. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข.

ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2560). *การพยาบาลผู้สูงอายุเล่ม2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัทสมาร์ทโคตติ้งแอนด์เซอร์วิสจำกัด.

ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2565). *ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทยปี 2565*. http://suicide.dmh.go.th/การฆ่าตัวตาย

สาวิตรี สิงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 18 (3), 15-19.

อรพิน ยอดกลาง, มธุรส ทิพยมาลากุล, ศักรินทร์ แก้วเฮ้า, กนกวรรณ กิตติวัฒนากูล, สิวลี เปาโรหิตย์, พนิดา ชาปัญญา, อมรรัตน์ เมิดไธสง, วิรัช สุดจันทร์ฮาม, วิไลลักษณ์ ชินโน, โดม ธรรมสัตย์, สุกัญญา เรืองสุวรรณ และอธิวัฒน์ พัฒนจักร์. (2563). *โครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย(Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand) ภายใต้แผนงานวิจัยท้าทายไทย : เรื่อง สังคมไทยไร้ความรุนแรง*. http://suicide.dmh.go.th>download>files>การ..PDF/การฆ่าตัวตาย