



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

สุจิตรา วรสิงห์, พย.ม. (สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตราด

E-mail : suchitraw24@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี ประวัติเป็นโรคจิตเภทนาน 17 ปี มีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไม่รับประทานยา ไม่ฉีดยา ตื่นสุราทุกวัน อาการกำเริบก่อความรุนแรงหลายครั้ง ทวาดระวาง อาละวาดคลุ้มคลั่ง ถีมือจะทำร้ายมารดาและเพื่อนบ้าน วุ่นวายจะเผาบ้าน re-admission 3 ครั้งภายในระยะเวลา 3 เดือน ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช อาการทุเลาส่งกลับรับการรักษากลับบ้าน การวินิจฉัยของแพทย์ paranoid schizophrenia มียา clozapine 100 mg 1xpc เข้า 1xhs, clozapine 25 mg 2xhs, risperidone 2 mg 2xpc เข้า 1xhs, trihexyphenidyl 5 mg 1x3pc, chlorpromazine 100 mg 1xhs, clonazepam 2 mg 2xhs, trazodone 100 mg 1xhs, B1 1x2pc, fluphenazine decanoate 50 mg IM ทุก 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกจิตเวช ให้ความร่วมมือรับประทานยาและฉีดยาดี อาการทางจิตสงบ ประเมินอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต พบว่ามีอาการคอแห้งเล็กน้อย ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองไม่ได้ป่วย แคนนอนไม่หลับ ถ้าหลับดีก็จะหยุดยาได้ ไม่ค่อยแน่ใจว่าการตื่นสุรา จะมีผลต่ออาการทางจิต ตื่นสุราไป 2 เป๊กหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช มารดาวิตกกังวลมาก กลัวว่าผู้ป่วยจะอาการกำเริบก่อความรุนแรงซ้ำ ได้ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและมารดา เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลรักษาเพื่อป้องกันอาการกำเริบ ให้การบำบัดสุราแก่ผู้ป่วยโดยใช้การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ในรูปแบบ Brief intervention ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเลิกตื่นสุรา โดยมีมารดา และการอยากเห็นตัวเองมีสุขภาพดีไม่มีอาการกำเริบเป็นแรงจูงใจ ได้ส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในพื้นที่ เพื่อประเมินทัศนคติของชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยมีการก่อเหตุรุนแรงหลายครั้ง การดูแลครั้งที่ 2 พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในความเจ็บป่วยมากขึ้น ร่วมมือในการรักษา อาการทางจิตสงบ ยังมีอาการคอแห้ง ควบคุมการดื่มน้ำได้ไม่เกิน 3 ลิตรต่อวัน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัมภายในระยะเวลา 3 เดือน ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์เริ่มอ้วน แนะนำการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเลิกสุราที่วางแผนไว้ได้อย่างต่อเนื่อง มีอาการอยากตื่นสุราเป็นบางครั้ง จึงร่วมกันหาแนวทางในการจัดการเมื่อมีอาการอยากตื่นสุรา ส่วนมารดาคลายความวิตกกังวลลง แต่มักย้ำเรื่องการรับประทานยาและห้ามตื่นสุราบ่อย ๆ พูดเรื่องที่ผู้ป่วยเคยอาละวาด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและหงุดหงิด คิดว่ามารดาจู้จี้ ไม่ไว้ใจตนเอง จึงได้ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อมารดาเป็นเชิงบวก นำไปสู่การปรับเปลี่ยนอารมณ์เชิงลบของผู้ป่วย ส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เสริมสร้างทักษะการสื่อสารเชิงบวกแก่มารดา และพบว่าชุมชนมีความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ให้โอกาสผู้ป่วยได้กลับไปทำงานส่งน้ำดื่ม ท้องค์การบริหารส่วนตำบลเหมือนเดิม การดูแลครั้งที่ 3 ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถหยุดตื่นสุราได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เครียด ไม่มีอาการหงุดหงิด มีการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวมากขึ้น มารดาสุขภาพไม่แข็งแรงย้ายไปอยู่กับน้องชาย ผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียว น้องชายช่วยดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยแทนมารดา มีปัญหารับประทานยาไม่ตรงเวลาเป็นบางวัน จึงปรับเปลี่ยนยาก่อนนอนมารับประทานพร้อมยาหลังอาหารเย็นเพื่อ

ความสะดวกในการดูแลและป้องกันการขาดยา วางแผนส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยให้จัดยารับประทานเอง โดยน้องชายและเครือข่ายสุขภาพจิตในพื้นที่ช่วยกำกับดูแล แพทย์ส่งกลับรับยาใกล้บ้านที่โรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลให้การดูแลต่อเนื่อง เผื่อระวังอาการกำเริบ ติดตามการเลิกดื่มสุราฟื้นฟูศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลตัวเอง ในระยะ recovery phase ต่อไป รวมระยะเวลาให้การดูแล 3 ครั้ง ระหว่างวันที่ 24 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่มีอาการกำเริบ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ หยุดดื่มสุราได้ตลอดระยะเวลาที่ดูแล 6 เดือน ครอบครัวมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพมีรายได้ และอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุข

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต (2563) พบว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 43.22 และเป็นกลุ่มที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 49.09 สอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลตราด ปี 2567 ที่พบว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 46.64 และเป็นกลุ่มที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่น/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 88.88 จากรายงานอุบัติการณ์ปี 2566 ของโรงพยาบาลตราด พบผู้ป่วยจิตเวชทำร้ายเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน และที่ห้องตรวจโรคทั่วไปจำนวน 2 ราย ข้อมูลจาก PCT จิตเวช ปี 2566 พบอัตราการ re-admission ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ร้อยละ 2.50 ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น ให้ได้รับการรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบก่อความรุนแรงซ้ำลดภาวะอันตราย และฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ต่อไป

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง โดแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากรทั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2560) ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยตั้งแต่วัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โรคจิตเภทเป็น brain disorder เชื่อว่าเกิดจากการทำงานที่มากเกินไปของโดปามีน และพบว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

ลักษณะอาการทางคลินิก (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; กรมสุขภาพจิต, 2560)

1. Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination) อาการหลงผิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ หลงผิดว่ามีคนปองร้าย (persecutory delusion) อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อยจะเป็นหูแว่ว เช่น ได้ยินเสียงพูดเรื่องผู้ป่วย หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย

2. Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized speech คือ การพูดที่ไม่สัมพันธ์กัน ไม่ปะติดปะต่อ และ Disorganized behavior คือ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไป เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า หรือแต่งตัวแปลก ๆ สกปรก

3. Negative dimension ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกลดลงมาก (activity fatigue) อารมณ์ที่อับ (blunted affect) ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจในการเข้าสังคม อาการเหล่านี้เป็นอาการด้านลบ (Negative symptom)

4. Cognitive symptoms ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) และการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่อง

การรักษา 1. การรักษาด้วยยา 2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ใช้ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา 3. การรักษาด้วยจิตสังคม

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2560; มุกข์ตา ผดุงยาม, 2561)

1. ระยะเวลา acute phase ผู้ป่วยที่มีอาการด้านบวกเด่นมักมีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ต้องมีการสร้างความไว้วางใจให้แก่ผู้ป่วย มีการแสดงออกที่เป็นมิตร ไม่ควรล้วงกระเป๋า หรือเอามือไขว่หลังขณะพูดคุยกับผู้ป่วย อยู่ในตำแหน่งระยะที่ปลอดภัย กรณีผู้ป่วยมีอันตรายไม่ร่วมมือจำเป็นต้องผูกมัด ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ และจัดเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลความต้องการทางกาย ความสะอาดร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เมื่ออาการทางจิตสงบต้องมีการฝึกทักษะในการดูแลตัวเอง การจัดการความเครียด การควบคุมตัวเองไม่ให้กลับไปดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติดซ้ำ ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ญาติ ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย มีทักษะในการสังเกตอาการกำเริบและอาการข้างเคียงจากยา ดูแลให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

2. ระยะเวลา stabilization phase เป็นระยะที่อาการของโรคสงบ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ มีการประเมินอาการทางจิต ความเสี่ยงในการก่อความรุนแรง และความร่วมมือในการรักษา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ดูแลฟื้นฟูทางสังคมจิตใจ ป้องกันการกลับไปดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดซ้ำ ให้สุขภาพจิตศึกษาและเสริมพลังแก่ญาติ ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เสริมพลังชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะเวลา recovery phase เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ อาจมีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบได้เป็นช่วง ๆ ต้องดูแลติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ประเมินอาการทางจิตและการก่อความรุนแรง ความร่วมมือในการรักษา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ลดอาการทางลบ ส่งเสริมทักษะทางสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเอง ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ติดตามการเลิกสุรา สารเสพติด พัฒนาคูณภาพชีวิต ส่งเสริมการประกอบอาชีพตามศักยภาพ เสริมพลังญาติและชุมชน

การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาด้านอาการทางจิต (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; นิ ตยา ตากวิริ ยะนันท์, 2562; หน่วยเภสัชสนเทศและ บริการสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2563) ยาด้านอาการทางจิต เป็นกลุ่มยาที่พบอาการข้างเคียงได้บ่อยและหลายอาการ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. ยากลุ่ม Typical antipsychotics เช่น chlorpromazine, fluphenazine ยาจะออกฤทธิ์ต่อ dopamine receptors ทำให้เกิดอาการง่วงนอน เหนื่อยชา ขาดประจำเดือน น้ำนมไหล, มีฤทธิ์ต้าน histamine ทำให้วังงซึม เจริญอาหาร น้ำหนักตัวเพิ่ม, มีฤทธิ์ต้าน alpha- adrenergic ทำให้เส้นเลือดขยาย เกิด orthostatic hypotension, มีฤทธิ์ต้าน muscarinic cholinergic ทำให้คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก, มี Extrapyrmidal symptom (EPS) ได้แก่ Acute dystonia มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อตา ลำคอ ลำตัว Parkinson-like-symptoms มีอาการมือสั่น หน้าตาย กล้ามเนื้อเกร็งเดินเหมือนหุ่นยนต์ กลืนน้ำลายลำบาก Akathisia มีอาการกระวนกระวายใจ นั่งนิ่ง ๆ ไม่ได้ Tardive dyskinesia มีอาการกล้ามเนื้อบริเวณปาก คอ ลิ้น มือ ลำตัว ขยับหมุนไปมาเกือบตลอดเวลา และ Neuroleptic malignant syndrome (NMS) คือ มีอาการกล้ามเนื้อเกร็งแข็ง ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีไข้สูง 2. ยากลุ่ม Atypical antipsychotics เช่น risperidone, clozapine ยาจะออกฤทธิ์ปิดกั้น serotonin และ dopamine receptors ยากลุ่มนี้การเกิด EPS ต่ำ แต่มีการเพิ่มของน้ำหนักตัวและไขมันในเลือดสูงกว่ายากลุ่มแรก โดยเฉพาะ clozapine ที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง histamine H1 receptor, 5-HT_{2A} หรือ 5-HT_{2C} receptor ส่งผลให้ความอยากอาหารเพิ่มมากขึ้น มีภาวะ agranulocytosis ทำให้ติดเชื้อง่ายมีอาการท้องผูก และมีน้ำลายมาก

อาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย และส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวัง ดูแลเพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การใช้ยาในกลุ่ม Anticholinergic drug เช่น trihexyphenidyl, benztropine จะทำให้อาการ EPS ดีขึ้น

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, 2563) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวัง และดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์ดังนี้ 1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรง ทำให้บาดเจ็บสาหัส เสียชีวิต 3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย 4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคที่มีการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส เสียชีวิตในชุมชนมากที่สุด

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1. แผนกผู้ป่วยนอก บันทึกข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ในระบบข้อมูล จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow - up) และเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่าย
2. แผนกผู้ป่วยใน ประเมินอาการและปัญหาตามเกณฑ์ Case Management ได้แก่ High Cost, High Volume, High Risk กรณีไม่เข้าเกณฑ์ Case Management แพทย์/ทีมสหวิชาชีพ ให้การดูแลตามสภาพปัญหา จัดให้อยู่ในระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow - up) และเฝ้าระวังต่อเนื่องในชุมชน
3. มีระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow-up) เฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องในชุมชน ประสานส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายในพื้นที่ เตรียมความพร้อมญาติและชุมชน วางแผนติดตามเยี่ยม

ปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราพบว่า มีภาวะโรคร่วม (Co-occurring disorders: COD) เป็นโรคทางจิตเวช ร้อยละ 68.8 โรคจิตเป็นโรคร่วมที่พบได้มากที่สุด ร้อยละ 50 (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) และผู้ป่วยโรคจิตเภทกว่าครึ่งหนึ่งจะมีภาวะโรคร่วมเป็นโรคทางจิตเวช หรือโรคทางกายอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยเฉพาะปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งทั้ง 2 โรคมีผลกระทบต่อกันในทางลบ ส่งผลให้มีอาการทางบวก และภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีปัญหาการติ่มสุรา และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 1.7 เท่า (McLean, et al., 2012 อ้างถึงใน นุจรินทร์ บัวละคร, 2560) รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความรุนแรง การฆาตกรรมและก่อคดีอาชญากรรม ไม่รวมมือในการรับประทานยา มีอาการกลับเป็นซ้ำรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทโรคเดียว มีความบกพร่อง ในด้านทักษะทางสังคม และความสามารถโดยรวมต่ำ (จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2557)

สาเหตุและปัจจัยของการติ่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท (นิमित แก้วอาจ และคณะ, 2563)

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ สุราจะไปออกฤทธิ์ที่วงจรสมองส่วนอยาก (Brain Reward system) ส่งผลให้มีการหลั่งของสารสื่อประสาทหลายชนิด เช่น Dopamine, Norepinephrine, Glutamate ทำให้รู้สึกเพลิดเพลินมีความสุข เมื่อสารสื่อประสาทลดลงผู้ป่วยจะมีความอยากติ่ม (craving) และกลับมาติ่มซ้ำเพื่อตอบสนองความสุขที่ได้จากการติ่ม

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความมั่นคงในจิตใจและความเชื่อมั่นในตัวเองต่ำ บทพร่องในด้านการคิดและการตัดสินใจ ทำให้มีความเสี่ยงในการดื่มสุราได้สูง การดื่มสุราจะช่วยลดอาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น การแยกตัวออกจากสังคม มีภาวะอารมณ์เปื้อนหน่าย และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีแรงจูงใจในการเลิกสุรต่ำ

3. ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นจากค่านิยมการดื่มสุราในสังคม

การพยาบาลผู้ติดสุรา (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2558; กรมสุขภาพจิต, 2564)

1. ระยะเวลาถอนพิษ (Detoxification) อาการถอนพิษสุราอาจเกิดได้หลังหยุดดื่มสุราตั้งแต่ 6 ชั่วโมง เป็นต้นไป ความรุนแรงแตกต่างกันไปตามระยะเวลาและปริมาณของการดื่มสุรา ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีภาวะ Delirium เกิดขึ้นได้ใน 48-96 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มสุรา มีอาการสับสน กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง ตัวสั่น มือสั่น เหงื่อออก มีไข้ ชีพจรเต้นเร็ว มีอาการประสาทหลอนและเกิดอาการชักได้ การพยาบาลในระยะนี้ต้องประเมินติดตามระดับความรุนแรงโดยใช้แบบประเมิน AWS หรือแบบประเมิน CIWA-Ar หากอาการรุนแรงควบคุมตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องมีการผูกมัด ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ ประเมิน neuro sign สัญญาณชีพ ดูแลให้สารน้ำสารอาหาร ดูแลการนอนหลับพักผ่อน จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เยียบสงบ ลดการกระตุ้นผู้ป่วย ให้ยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา

2. ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา เป็นการผสมผสานการบำบัดทางยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และมีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกดื่มสุราให้สำเร็จ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลรอบข้าง และสังคม ด้วยการให้การบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ

การบำบัดสุราด้วยการให้คำปรึกษาและสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) (เท็ดคักดี เดชคง, 2560) เป็นการสนทนาสื่อสารสองทาง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการสนทนาแบบฉันทมิตรมากกว่าการชี้แนะ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และพาผู้ป่วยก้าวข้ามความลังเลไปสู่การปฏิบัติ นิยมใช้ในการบำบัดสุรา ยาเสพติด และจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Motivational interviewing สามารถทำได้ในรูปแบบของ Brief advice และ Brief intervention การให้ Brief advice เป็นการให้คำแนะนำแบบสั้น ให้ข้อมูลเชิงปรึกษา เน้นการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจนี้จะผลักดันให้ผู้รับคำแนะนำ ตัดสินใจปฏิบัติตามข้อมูลความรู้ที่ได้รับ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เหมาะกับผู้ที่ยังขาดแรงจูงใจ การให้ Brief Advice หลายครั้งจะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่วน Brief intervention เป็นการให้คำปรึกษาแบบสั้น เหมาะสมกับผู้มีแรงจูงใจอยู่บ้าง เน้นเสริมแรง สร้างความตระหนัก การประเมินปัญหา ทั้งความรู้และแรงจูงใจ แนะนำ ให้ข้อมูล ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน วางแผนเพื่อไปยังเป้าหมาย เน้นเรื่องที่สำคัญ ใช้เวลา 20-30 นาที

Stage of change model เป็นทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงที่ใช้ในการสนทนา เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. ระยะเวลาไม่เห็นปัญหา (Pre contemplation) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่ได้คิดถึง ความเกี่ยวข้องของพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ว่าเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์อันเลวร้าย

2. ระยะเวลาเห็นปัญหา (Contemplation) ระยะนี้บุคคลจะมองเห็นความเสี่ยง หรือปัญหาที่อาจติดตามมาจากพฤติกรรมสุขภาพของตน อย่างไรก็ตามเมื่อซังน้ำหนัแล้วยังไม่พบความคุ้มค่าที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง



3. ระยะเตรียมตัวหรือพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง (Preparation) ระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลได้แสดง ความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง อาจวางแผนการแล้วว่าจะทำอะไรบ้าง โดยทั่วไปแล้วการทำตามแผน มักเกิดในช่วงไม่เกิน 1 เดือนหลังจากวางแผน หากเกินไปจากนี้ความตั้งใจก็จะลดลง

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (Action) ในระยะนี้บุคคลจะทำตามแผนที่ได้วางไว้

5. ระยะคงสภาพพฤติกรรมใหม่ (Maintenance) คือระยะที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามแบบแผน พฤติกรรมสุขภาพที่ได้ตั้งใจไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจกินเวลาหลายเดือนจนถึงหลายปีแล้วแต่ชนิดของพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งมักมีความยากง่ายแตกต่างกัน

ปัญหาการดื่มสุราเป็นเรื่องที่ต้องดูแลในระยะยาว แม้ผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจและลงมือปฏิบัติในการเลิก ดื่มสุราได้แล้ว ผู้ป่วยอาจกลับไปดื่มสุราซ้ำ เข้าสู่ระยะมองไม่เห็นปัญหาได้อีก จึงจำเป็นต้องมีการติดตามดูแล อย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราแบบเดิม ผู้บำบัดต้องดึงให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกครั้งโดยเร็ว ด้วยการเสริมสร้างความหวัง รับผิดชอบต่อ และส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

รับไว้ดูแลวันที่ 24 สิงหาคม 2565 จำหน่ายออกจากความดูแล วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 รวม 3 Visit (ครั้งที่ 1 วันที่ 24 สิงหาคม 2565, ครั้งที่ 2 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 และครั้งที่ 3 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566)

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ลักษณะทั่วไป ผู้ป่วยชายไทยวัยผู้ใหญ่ ส่วนสูง 178 เซนติเมตร น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับ 24.61 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รูปร่างสมส่วน

สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/68 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง ผิวหนังสีด้าแดง สะอาด ไม่มีบาดแผล

ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ

- ศีรษะ ขนาดของศีรษะปกติ สมมาตรกัน ผมสีด้าตัดสั้น สะอาด ไม่มีบาดแผล
- ใบหน้ากลม สมมาตรกัน
- ตาทั้งข้างมองเห็นปกติ หนังตาไม่บวม ไม่ตก การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ เยื่อบุตาไม่ซีด รูม่านตา กลมขนาด 2.5 มิลลิเมตร ปฏิกริยาต่อแสงปกติ
- ใบหู รูปร่างปกติ สมมาตรกัน ไม่มี discharge ออกจากหู การได้ยินปกติ
- ปีกจมูกสมมาตร หนังกำพืดจมูกไม่คด เยื่อบุจมูกสีชมพู ไม่มี discharge ออกจากจมูก
- ปากและช่องคอ ริมฝีปากค่อนข้างคล้ำ เยื่อบุปากและเหงือกสีชมพู ไม่มีแผล ลิ้นไม่มีฝ้า ต่อมทอนซิล ไม่โต ฟันสะอาด ไม่ใส่ฟันปลอม

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก การหายใจเข้าออกปกติ ทรวงอกขยายเท่ากันทั้ง 2 ข้าง normal breath sound ไม่พบ crepitation both lungs อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ ไม่พบ murmur คลำชีพจรได้ชัดเจน อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/68 มิลลิเมตรปรอท

ระบบทางเดินอาหาร ท้องไม่บวมโต ตับ ม้ามไม่โต กดไม่เจ็บ bowel sound ปกติ ขับถ่ายอุจจาระ วันละ 1-2 ครั้ง

ระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวดี การพูดปกติ การทรงตัวดี การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ กล้ามเนื้อ ไม่อ่อนแรง ทำเดินปกติ ไม่มีเดินเซ ไม่มีตัวแข็ง การรับความรู้สึกปกติ



ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดี กล้ามเนื้อไม่ลีบ กระดูกสันหลังปกติ ไม่คดงอ การเคลื่อนไหวของแขนขา ช้อ ปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ขับถ่ายปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ปัสสาวะสีเหลืองอ่อน ไม่แสบขัด

การตรวจสภาพจิต (วันที่ 24 สิงหาคม 2565)

General appearance ผู้ป่วยชายไทยวัยผู้ใหญ่ รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ตัดผมทรงทรงสั้น ผมสีดำ แต่งกายเหมาะสม สวมเสื้อยืดแขนสั้น กางเกงขายาวสีฟ้าสะอาด สีหน้าเรียบเฉย การเคลื่อนไหวปกติ ให้ความร่วมมือในการตรวจวัดสัญญาณชีพ นั่งรอเรียกตรวจได้

Speech พูดคุยรู้เรื่อง กระแสความคิดต่อเนื่อง ถามตอบตรงประเด็น แต่พูดน้อย ตอบคำถามสั้นๆ

Affective and Mood อารมณ์ปกติ สีหน้าเรียบเฉย การแสดงออกทางอารมณ์น้อย

Thought ไม่พบความคิดหลงผิด ปฏิเสธความคิดทำร้ายตัวเอง ปฏิเสธความคิดทำร้ายผู้อื่น

Perception การรับรู้ปกติ ปฏิเสธหูแว่ว ปฏิเสธภาพหลอน ไม่มีพูดคนเดียว

Orientation การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ปกติ สามารถตอบได้ถูกต้อง

Insight Poor insight ผู้ป่วยคิดว่าตนเองนอนไม่หลับ ไม่ได้ป่วย ถ้านอนหลับได้ดีน่าจะหยุดรับประทานยา และหยุดฉีดยาได้ ไม่แน่ใจว่าการดื่มสุรามีผลต่อความเจ็บป่วยหรือไม่

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1. Complete Blood Count (CBC) จากโรงพยาบาลจิตเวช วันที่ 5 กรกฎาคม 2565

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
WBC	6.09 cell/mm ³	4.6 - 10.6 10 ³ /uL	ปกติ
RBC	4.5 cells/ul	4.03 - 5.55 cells/ul	ปกติ
Hemoglobin	12 g/dl	12.0 - 14.3 g/dl	ปกติ
Hematocrit	38.5 %	36.0 - 47.7 %	ปกติ
Platelet count	333 10 ³ /uL	140 - 400 10 ³ /uL	ปกติ
Neutrophil	66.4 %	43.7 - 70.9 %	ปกติ
Lymphocyte	25.6 %	20.1 - 44.5 %	ปกติ
Monocyte	1.7 %	3 - 11 %	ปกติ
Eosinophil	6 %	0 - 9 %	ปกติ
MCV	85.2 fl	78.9 - 98.6 fl	ปกติ
MCH	27 pg	25.9 - 33.4 pg	ปกติ
MCHC	31.7 g/df	32 - 34.9 g/df	ปกติ

ตารางที่ 2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus)

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่	24 ส.ค. 2565	16 พ.ย. 2565	14 กพ. 2566
1. ไม่สบายใจ เซ็ง ทุกข์ใจ เศร้าท้อแท้ ซึมหงอย	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
2. เบื่อไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุก เพลิดเพลินเหมือนเดิม	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ (ตอบมี = เสี่ยงฆ่าตัวตาย)			
3. ท่านมีความทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

การวินิจฉัยโรค

Paranoid schizophrenia

สรุปข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

1. เสี่ยงต่ออาการกำเริบก่อความรุนแรงซ้ำ
2. มีความเสี่ยงที่จะกลับไปดื่มสุราซ้ำ
3. มารดาวิตกกังวล หวาดกลัวผู้ป่วยจะทำร้ายและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
4. เสี่ยงต่อการตีตรา (stigma) และไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชนเนื่องจากมีประวัติก่อความรุนแรงหลายครั้ง
5. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยาต้านอาการทางจิต
6. ผู้ป่วยมีภาวะเครียดและหงุดหงิด เนื่องจากมีความคิดเชิงลบต่อการสื่อสารของมารดา

การพยาบาลครั้งที่ 1 วันที่ 24 สิงหาคม 2565 ที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลพร้อมมารดาและน้องชาย ให้ความร่วมมือรับประทานยาและฉีดยาตี อาการทางจิตสงบ หงุดหงิดเล็กน้อยนาน ๆ ครั้ง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลดื่มสุราไป 2 ครั้ง เป็นเหล้าป่า ดื่มครั้งละ 1 เป๊ก เนื่องจากเพื่อนชวนดื่ม ผู้ป่วยเคยได้รับคำแนะนำให้หยุดดื่มมาหลายครั้ง แต่ไม่ค่อยแน่ใจว่าการดื่มสุราจะมีผลต่อความเจ็บป่วยของตนหรือไม่ ลองดื่มไป 2 ครั้งก็ไม่มีอาการผิดปกติ คิดว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วย แคนนอนไม่หลับ ถ้านอนหลับได้ดีน่าจะหยุดยาได้ มีอาการคอแห้งเล็กน้อย ไม่พบอาการข้างเคียงอื่นจากยาต้านอาการทางจิต มารดาวิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบและก่อความรุนแรงซ้ำ กลัวจะถูกผู้ป่วยทำร้าย

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 1 เสี่ยงต่ออาการกำเริบก่อความรุนแรงซ้ำ**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประวัติขาดยาและดื่มสุรา อาการกำเริบบ่อย ก่อความรุนแรงซ้ำ re-admission 3 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือน
1. 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลดื่มสุราไป 2 ครั้ง ๆ ละ 1 เป๊ก
2. Poor insight บอกว่าไม่ได้ป่วย แคนนอนไม่หลับ คิดว่าเมื่อนอนหลับได้ดีก็สามารถหยุดยาได้ ไม่แน่ใจว่าการดื่มสุราจะมีผลต่อการเจ็บป่วยของตนหรือไม่
3. มีอาการหงุดหงิดเป็นบางครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา และสามารถดูแลตัวเองได้
3. เพื่อป้องกันการกำเริบก่อความรุนแรงซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองบอกได้ว่าตนเองเป็นโรคจิตเภท และสามารถบอกการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกำเริบได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ฉีดยา และมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ไม่มีอาการกำเริบก่อความรุนแรงซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และร่วมมือในการพยาบาล
2. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และมีสมาธิในการสนทนา
3. ให้สุขภาพจิตศึกษา เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ดังนี้
 - โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค โดยเชื่อมโยงกับอาการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ และเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเอง
 - ให้ความรู้ความเข้าใจว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่นเดียวกับโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แม้ไม่มีอาการแต่ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการให้สงบและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ ได้แก่ การไม่รับประทานยา ไม่ฉีดยา การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด ความเครียด และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ซึ่งให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นดังกล่าว กับอาการกำเริบของผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค
 - แนะนำการสังเกตสัญญาณเตือนของอาการกำเริบ ได้แก่ การนอนไม่หลับ อาการหงุดหงิด หูแว่ว เห็นภาพหลอน รู้สึกไม่ปลอดภัย เหมือนมีคนปองร้าย เมื่อพบสัญญาณเตือนดังกล่าว ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนนัด ไม่ปล่อยทิ้งไว้ให้อาการกำเริบรุนแรง
4. ชักชวนผู้ป่วยพูดคุยผลกระทบของการดื่มสุราต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย
5. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น รับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเวช เกิดจากสารเคมี ในสมองทำงานผิดปกติ การนอนไม่หลับเป็นเพียงอาการหนึ่งของโรค จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้อาการสงบ การขาดยา การดื่มสุราและการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอจะทำให้อาการกำเริบได้ จึงต้องรับประทานยา ฉีดยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัด ถ้ามีสัญญาณเตือนของอาการกำเริบ เช่น นอนไม่หลับ หูแว่ว หงุดหงิดมากขึ้น จะรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีความเสี่ยงที่จะกลับไปดื่มสุรารั่ว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราตั้งแต่อายุ 17 ปี 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ดื่มเหล้าป่าทุกวัน ๆ ละ 1 ขวดกลม หยดดื่มได้ 2 เดือนขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช หลังจำหน่ายทุเลาได้ 2 สัปดาห์ กลับมาดื่มเหล้าป่าไป 2 ครั้ง ๆ ละ 1 เป๊ก เนื่องจากเพื่อนชวนดื่ม
2. จากประวัติพบว่า หลังรับการรักษาจนอาการสงบผู้ป่วยมักกลับไปดื่มสุราจนมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ re-admission 3 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือน
3. ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าการดื่มสุราเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือไม่ คิดว่าไม่น่าจะเป็นอะไรเพราะครั้งนี้ดื่มสุราไป 2 ครั้งก็ยังไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ
4. ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบของการดื่มสุราต่ออาการทางจิต
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจเลิกดื่มสุรา และมีแนวทางในการเลิกดื่มสุรา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกผลกระทบของการดื่มสุราต่ออาการทางจิตและสุขภาพร่างกายได้
2. ผู้ป่วยมีความตั้งใจเลิกดื่มสุรา บอกถึงแรงจูงใจและแนวทางในการเลิกดื่มสุราได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการพยาบาล
2. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมีสมาธิในการสนทนา
3. พูดคุยกับผู้ป่วยโดยใช้หลักการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ในรูปแบบ Brief intervention ตาม stage of change ดังนี้
 - ประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มสุราที่มีต่อสุขภาพร่างกาย และการเจ็บป่วยทางจิต พบว่าอยู่ในขั้น contemplation ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย หากดื่มสุราไปนาน ๆ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็ง แต่มีความลังเล ไม่แน่ใจถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยทางจิตของตนเอง จึงได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการดื่มสุรา ที่จะกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบได้ง่ายและรุนแรงขึ้น การควบคุมตัวเองในการรับประทานยาจะลดลง ทำให้เสี่ยงที่จะอาการกำเริบได้ง่าย ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ของการดื่มสุรากับอาการกำเริบของผู้ป่วย และผลเสียในระยะยาว หากอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อย ๆ จะทำให้การฟื้นคืนไม่กลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม
 - เมื่อผู้ป่วยรับรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับผลของการดื่มสุราต่ออาการทางจิตแล้ว จึงให้ผู้ประเมินความเข้าใจในการหยุดดื่มสุรา โดยให้ประเมินข้อดี ข้อเสีย มุ่งเน้นที่ข้อดีต่อสุขภาพร่างกาย ช่วยลดปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้อาการทางจิตกำเริบ รวมถึงผลดีต่อความรู้สึกของมารดา และสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้หากผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา
 - ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา และร่วมกับผู้ป่วยวางแผนในการเลิกดื่มสุรา การควบคุมตัวเองหากมีอาการอยากดื่ม การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น และให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการปฏิเสธ ช่วยนำเสนอทางเลือก ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วย
 - ให้กำลังใจและเสริมแรงผู้ป่วย เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะสามารถเลิกสุราได้
 - ส่งเสริมมารดาให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกดื่มสุรา

- ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 1 เดือน 2 ครั้ง ประเมินความก้าวหน้าของการเลิกดื่มสุรา ร่วมแก้ไข ปัญหา อุปสรรค ชี้แนะ นำเสนอทางเลือก และเสริมแรง ให้กำลังใจผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงผลเสียของการดื่มสุราต่อสุขภาพร่างกายและอาการทางจิต เข้าสู่ขั้น preparation ตั้งใจว่าจะหยุดดื่มสุรา โดยมีมารดาและอยากเห็นตนเองสุขภาพดี ไม่มีอาการทางจิตกำเริบเป็นแรงจูงใจในการหยุดดื่ม ผู้ป่วยวางแผนที่จะหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นโดยไม่ไปอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่มีการดื่มสุรา ไม่ไปร้านค้า ในช่วงเวลาเย็น ที่มักมีการตั้งวงดื่มสุรา ฝึกทักษะการปฏิเสธหากมีผู้ชักชวนให้ดื่ม จะบอกว่าตนเองไม่สบาย หมอไม่ให้ดื่มสุรา จากการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยอยู่ในขั้น action สามารถปฏิบัติตามแนวทาง ที่วางแผนไว้ มีอาการอยากดื่มสุราเป็นบางครั้งเมื่อมีเพื่อนชวนดื่ม แต่สามารถปฏิเสธ และควบคุมตัวเองไม่ให้ ดื่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มารดาวิตกกังวล หวาดกลัวผู้ป่วยจะทำร้าย และขาดความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- มารดาผู้ป่วยบอกว่า ปีนี้ผู้ป่วยอาการกำเริบบ่อย เข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาลหลายครั้ง เมื่อ 2 สัปดาห์ก่อนดื่มสุราไป 2 ครั้ง ห้ามก็ไม่ฟังบอกว่าไม่ได้เป็นอะไร กลัวว่าจะดื่มสุราบ่อยขึ้น แล้วไม่ยอมรับประทานยา ไม่ยอมฉีดยา จนอาการกำเริบเหมือนที่ผ่านมา หวาดกลัวว่าผู้ป่วย จะทำร้าย ตนเองก็อายุมาก ร่างกายไม่ค่อยแข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน ไม่รู้จะทำอย่างไร
- มารดาผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย
- เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

- มารดาสามารถบอกแนวทางในการดูแลผู้ป่วย การสังเกตสัญญาณเตือนของอาการกำเริบ การจัดการเมื่อพบสัญญาณเตือน การขอความช่วยเหลือและการจัดการในภาวะฉุกเฉินได้ถูกต้อง
- มารดาคลายความวิตกกังวลลง มีสีหน้าที่ผ่อนคลาย

กิจกรรมการพยาบาล

- ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่มารดาผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุของการเกิดโรค อาการ การรักษา การดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ เน้นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ฉีดยา และมา ตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ดูแลเรื่องการนอนหลับให้เพียงพอ งดดื่มสุรา ไม่ใช้สารเสพติด
- การสังเกตสัญญาณเตือนของอาการกำเริบ โดยใช้การจดจำดังนี้ “ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจา คนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง” อาการเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ ควรรีบมาพบแพทย์ ไม่ปล่อยให้กำเริบรุนแรงแนะนำมารดาเกี่ยวกับการจัดการในภาวะฉุกเฉิน หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว การขอความช่วยเหลือ จากแหล่งสนับสนุน ทางสังคมต่าง ๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลขโทรศัพท์ 191 หน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข โทรศัพท์ 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล
- ให้ข้อมูลมารดาเรื่อง que ผู้ป่วยตั้งใจเลิกดื่มสุรา จะช่วยลดปัจจัยกระตุ้นที่จะทำให้อาการกำเริบได้ แนะนำให้มารดาให้กำลังใจผู้ป่วยในการเลิกดื่มสุรา

4. ให้กำลังใจมารดา โดยให้ความมั่นใจว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องด้วยความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติ โรงพยาบาลและชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการสงบ ลดความเสี่ยงต่ออาการกำเริบ ป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำได้

การประเมินผล

มารดามีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถบอกแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันอาการกำเริบ การสังเกตสัญญาณเตือนของอาการกำเริบ และการจัดการเมื่อพบสัญญาณเตือน ตลอดจนการจัดการในภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง น้องชายและมารดามีประสบการณ์ในการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ หากผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว มารดารู้สึกดีใจที่ผู้ป่วยบอกว่าจะเลิกดื่มสุรา มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น คลายความวิตกกังวลลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการตีตรา (stigma) และไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติก่อความรุนแรงหลายครั้ง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติโรคจิตเภทมานาน 17 ปี มีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เวลามีอาการกำเริบมักก่อความรุนแรง อาละวาด คลุ้มคลั่งจะทำร้ายผู้อื่น 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการกำเริบและก่อความรุนแรงหลายครั้ง อาละวาด ถีมิดจะไปทำร้ายมารดาและเพื่อนบ้าน เอาหนังสือตีกิ่งใส่รถยนต์ของเพื่อนบ้าน วุ่นวายจะเผาบ้าน สร้างความหวาดกลัวต่อชุมชน
2. มารดาบอกว่าเพื่อนบ้านบางคนมีท่าทีหวาดกลัวเวลาพบเห็นผู้ป่วย ไม่กล้าอยู่ใกล้ บางคนถามว่าอาการจะกำเริบอีกหรือไม่ บอกว่ากลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชน ลดการตีตราผู้ป่วย
2. ชุมชนเข้าใจให้โอกาสผู้ป่วยได้อาศัยอยู่ในชุมชนได้เหมือนเดิม

เกณฑ์การประเมินผล

ชุมชนเข้าใจยอมรับและให้โอกาสผู้ป่วยได้อยู่ร่วมในชุมชน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ของมารดาและผู้ป่วย ต่อการแสดงออกของเพื่อนบ้านและชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยและมารดา
2. ประสานส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และวางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังนี้
 - ประเมินความรู้ความเข้าใจและการยอมรับผู้ป่วยของชุมชน
 - ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ชุมชน เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่สามารถดูแลรักษาป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ด้วยการประสานความร่วมมือในการดูแล ทั้งจากสถานพยาบาล ญาติ และชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการสงบ สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมในชุมชนได้
 - ให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยการสังเกตสัญญาณเตือนอาการกำเริบ “ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง” เมื่อพบสัญญาณเตือนดังกล่าว รีบให้การช่วยเหลือนำส่งสถานพยาบาล ไม่ปล่อยให้อาการกำเริบรุนแรง

การประเมินผล

ติดตามประเมินผลในครั้งต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยาต้านอาการทางจิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย on typical และ atypical antipsychotic ได้แก่ clozapine 100 mg 1x pc เข้า 1xhs, clozapine 25 mg 2xhs, risperidone 2 mg 1xpc เข้า 1xhs, chlorpromazine 100 mg 1xhs, fluphenazine decanoate 50 mg IM ทุก 4 สัปดาห์
2. ผู้ป่วยมีอาการคอแห้ง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากยาต้านอาการทางจิตเนื่องจากมีฤทธิ์ต้าน muscarinic cholinergic ทำให้คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก และปัสสาวะลำบากได้

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังและลดอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต และป้องกันไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองเพื่อลดอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิตได้
2. ไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยาต้านอาการทางจิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและมารดา เกี่ยวกับการสังเกตอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต การดูแลตนเองเมื่อมีอาการข้างเคียง และอาการที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น อาการเกร็ง สั่น ไข้สูง ระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. สังเกตอาการ Extrapyrimal symptom ที่มักพบได้บ่อยในยากลุ่ม typical antipsychotic ได้แก่ อาการไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย นิ่งไม่ติดที่ มีอาการคล้ายกับโรค Parkinson หน้าหนังเหมือนใส่หน้ากาก กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สั่น เดินที่อคล้ายหุ่นยนต์ กลืนน้ำลายลำบาก น้ำลายไหล เคี้ยวปาก เคี้ยวลิ้น ขมขมิมปาก
3. แนะนำผู้ป่วยจิบน้ำบ่อย ๆ เพื่อลดอาการคอแห้ง และต้องระมัดระวังควบคุมการดื่มน้ำ ไม่เกินวันละ 3 ลิตร เพื่อป้องกันภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคอแห้งมาก ๆ มักดื่มน้ำในปริมาณที่มากกว่า 3 ลิตรต่อวัน
4. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหน้ามืด การขับถ่ายปัสสาวะ อูจจาระ
5. แนะนำผู้ป่วยและมารดา เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันท้องผูก เช่น ผักบุง ผักคะน้า ผลไม้ที่ช่วยเรื่องการขับถ่าย เช่น มะละกอ ส้ม แก้วมังกร เป็นต้น แนะนำงดอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง เช่น ของทอด หมูติดมัน หนังก๋วย น้ำอัดลม ขนมหวาน เป็นต้น พร้อมทั้งวางแผนติดตามประเมินน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกาย
6. ตรวจสอบสัญญาณชีพ สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เนื่องจาก On clozapine 250 mg/day อาจเกิดภาวะ agranulocytosis ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการของ Extrapyrimal symptom มีอาการคอแห้ง ดื่มน้ำบ่อย ๆ แล้วดีขึ้น ดื่มน้ำไม่เกินวันละ 3 ลิตร ไม่มีน้ำลายมากผิดปกติ ไม่มีอาการหน้ามืด การขับถ่ายปัสสาวะปกติ 5-6 ครั้ง/วัน ขับถ่ายอุจจาระ 2 ครั้งต่อวัน ดัชนีมวลกายเท่ากับ 24.61 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ มีผลการตรวจ Complete Blood Count ตามบันทึกในใบส่งตัวจากโรงพยาบาลจิตเวช เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยังไม่มีส่งตรวจซ้ำ

การพยาบาลครั้งที่ 2 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช

ผู้ป่วยมาตามนัดพร้อมมารดาและน้องชาย ให้ความร่วมมือรับประทานยาและฉีดยาดี อาการทางจิตสงบ ระบุว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ห้ามขาดยา และต้องหยุดดื่มสุรา เพราะจะทำให้อาการกำเริบ ผู้ป่วยตั้งใจเลิกดื่มสุรา และอยู่ในระยะ action สามารถปฏิบัติตามแนวทางการเลิกสุราที่วางแผนไว้ มีทักษะในการปฏิเสธเมื่อเพื่อนชวนให้ดื่มสุรา โดยบอกว่า ไม่สบายหมอบห้ามดื่มสุรา ไม่ไปร้านค้าในช่วงเย็นที่มักมีการตั้งวงดื่มสุรา ยังมีอาการอยากดื่มสุราเป็นบางครั้ง กังวลว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ มารดาคลายความกังวลลง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดีใจที่ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา มารดามักพูด ย้ำ ๆ ซ้ำ ๆ เรื่องการรับประทานยา ห้ามไม่ให้ดื่มสุรา และพูดถึงเรื่องผู้ป่วยเคยอาละวาด ผู้ป่วยคิดว่ามารดา จู้จี้ ซ้ำบ่น ไม่เชื่อใจ ไม่ไว้วางใจตนเอง หงุดหงิดเวลาที่มารดาพูดเรื่องนี้บ่อย ๆ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตาย ชุมชนมีความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ให้อาสาสมัครผู้ป่วยกลับไปทำงานส่งน้ำดื่ม ที่องค์การบริหารส่วนตำบลได้เหมือนเดิม เพื่อนบ้านส่วนใหญ่ไม่มีท่าทีหวาดกลัวแล้ว พูดคุยกับผู้ป่วย ได้ตามปกติ ผู้ป่วยยังมีการคอแห้งเป็นบางครั้ง ดื่มน้ำแล้วดีขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิม 78 กิโลกรัม เป็น 80 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่พบอาการข้างเคียงอื่น จากยาต้านอาการทางจิต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการดูแลครั้งที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่ออาการกำเริบก่อนความรุนแรงซ้ำ

ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ไม่มีอาการกำเริบ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ แต่ยังคงมีการติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความเครียดและหงุดหงิดบ่อย ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการกำเริบได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประวัติดื่มสุรา กำเริบบ่อยก่อความรุนแรงซ้ำ re-admission 3 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือน
2. ผู้ป่วยมีภาวะเครียด หงุดหงิดบ่อย ๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันอาการกำเริบก่อนความรุนแรงซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบก่อนความรุนแรงซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางจิต สอบถามมารดาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา ฉีดยาของผู้ป่วย อาการผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งตรวจสอบใบบันทึกการฉีดยา
2. ทบทวนการปฏิบัติตัว และการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบแก่ผู้ป่วยและมารดา ได้แก่ การรักษาต่อเนื่อง การงดสุรา สารเสพติด การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม การสังเกตอาการกำเริบ การดูแลเมื่อพบสัญญาณเตือน และการจัดการในภาวะฉุกเฉิน

การประเมินผล

ผู้ป่วยให้ร่วมมือในการรับประทานยาและฉีดยาดี อาการทางจิตสงบ บอกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบได้ถูกต้อง มารดาให้ข้อมูล ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด มีอาการไม่พอใจเป็นบางครั้ง โดยแสดงออกทางสีหน้า แต่ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 2 มีความเสี่ยงที่จะกลับไปตีตื้นสุราซ้ำ

ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน ผู้ป่วยตั้งใจเลิกสุรา อยู่ในระยะติดตาม ยังมีอาการอยากตีตื้นสุรา เมื่อเพื่อนชวนตีตื้น จึงต้องมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหยุดตีตื้นสุราได้ 3 เดือน อยู่ในระยะติดตามการเลิกตีตื้นสุรา
2. ผู้ป่วยมีอาการอยากตีตื้นสุราเมื่อเพื่อนชวนตีตื้น กังวลกลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ ไม่กลับไปตีตื้นสุราซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการเมื่อมีอาการอยากตีตื้นสุรา
2. ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ ไม่กลับไปตีตื้นสุราซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทบทวนแรงจูงใจในการเลิกสุราของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเป้าหมายในการเลิกตีตื้นสุรา
2. ร่วมกับผู้ช่วยค้นหาแนวทางในการควบคุมตนเองเมื่อมีอาการอยากตีตื้นสุรา ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติตัว ทบทวนการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การเบี่ยงเบนความสนใจ การคิดถึงแรงจูงใจในการเลิกตีตื้นสุรา การรับประทานอาหารอย่างอื่นแทนเมื่อมีอาการอยากตีตื้นสุรา
3. ชักชวนผู้ป่วยพูดคุยถึงผลดีของการหยุดตีตื้นสุราในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ
4. ชื่นชมในความตั้งใจ และการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเลิกสุราที่วางแผนไว้ได้ เชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะควบคุมความอยากตีตื้นสุราได้ และสามารถเลิกตีตื้นสุราได้สำเร็จ เพื่อเป็นการเสริมแรงให้แก่ผู้ป่วย
5. ส่งเสริมมารดาให้กำลังใจและชื่นชมผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยอยู่ในระยะ action สามารถปฏิบัติตามแนวทางการเลิกตีตื้นสุราที่วางแผนไว้ หยุดตีตื้นสุราได้นาน 3 เดือน หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นได้โดยไม่ไปอยู่ในสถานที่ที่มีการตีตื้นสุรา มีทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ตีตื้นสุรา โดยมีเหตุผลเป็นความเจ็บป่วยของตนเอง มีแนวทางในการจัดการเมื่อมีอาการอยากตีตื้นสุรา ซึ่งนอกจากการคิดถึงมารดาและการเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นแรงจูงใจในการเลิกตีตื้นแล้ว จะเบี่ยงเบนความสนใจไปคิดเรื่องอื่นแทน และจะรับประทานอาหารนม ตีตื้นนม เมื่อมีอาการอยากตีตื้นสุรา บอกถึงผลดีของการหยุดตีตื้นสุราได้ว่า ทำให้สุขภาพแข็งแรง รับประทานอาหารได้มากขึ้น และมารดามีความสบายใจมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 3 ปัญหาได้รับการแก้ไข บรรลุวัตถุประสงค์

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 4 ปัญหาได้รับการแก้ไข บรรลุวัตถุประสงค์

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยาต้านอาการทางจิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย on typical และ atypical antipsychotic ได้แก่ clozapine 100 mg 1x pc เข้า 1xhs, clozapine 25 mg 2xhs, risperidone 2 mg 1xpc เข้า 1xhs, chlorpromazine 100 mg 1xhs, fluphenazine decanoate 50 mg IM ทุก 4 สัปดาห์

- ผู้ป่วยยังมีอาการคอแห้ง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัมในระยะเวลา 3 เดือน ดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ในเกณฑ์เริ่มอ้วน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากยาต้านอาการทางจิต โดยเฉพาะ clozapine ที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง histamine H1 receptor, 5-HT_{2A} หรือ 5-HT_{2C} receptor ส่งผลให้ความอยากอาหารเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังและลดอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต และป้องกันไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองเพื่อลดอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิตได้
2. ไม่พบอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิตที่รุนแรง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ Extrapyrarnidal symptom สังเกตการพูด ท่าทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย
2. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการดื่มน้ำเพื่อลดอาการคอแห้ง ปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละวัน แนะนำการควบคุมน้ำดื่มไม่เกิน 3 ลิตรต่อวัน สอบถามการขับถ่าย และอาการหน้ามืด
3. ทบทวนความรู้เรื่องการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิตแก่ผู้ป่วยและมารดา เน้นเรื่องการดูแลเพื่อควบคุมน้ำหนักเพราะถ้าน้ำหนักขึ้นมากเกินเกณฑ์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงได้
4. ทบทวนการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก งดอาหารที่มีแป้ง น้ำตาลและไขมันสูง พร้อมทั้งแนะนำการออกกำลังกาย เช่น วิ่ง เดินเร็ว หรือเตะฟุตบอลตามที่ผู้ป่วยถนัด และสามารถทำได้
5. ติดตามประเมินน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกาย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและมารดาพึงคำแนะนาคือ ผู้ป่วยตั้งใจควบคุมอาหาร และจะออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ไม่มีอาการของ Extrapyrarnidal symptom ยังมีอาการคอแห้งเวลาทำงานเหนื่อย ๆ ดื่มน้ำบ่อย ๆ แล้วดีขึ้น ดื่มน้ำไม่เกินวันละ 3 ลิตร ไม่มีน้ำลายมากผิดปกติ ไม่มีอาการหน้ามืด การขับถ่ายปัสสาวะปกติ 5-6 ครั้งต่อวัน ขับถ่ายอุจจาระปกติ 2 ครั้งต่อวัน ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ สัญญาณชีพปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด เนื่องจากมีความคิดเชิงลบต่อการสื่อสารของมารดา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าเพื่อนายที่มารดาพูดมาก จู้จี้ ขี้บ่น พูดซ้ำ ๆ ย้ำเรื่องการรับประทานยา และห้ามไม่ให้ดื่มน้ำน้อย ๆ บอกว่าเดี๋ยวจะอาละวาดอีก ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่มารดาจัดให้ทุกวัน และไม่ได้ดื่มน้ำเลย ทำให้เครียดและหงุดหงิด คิดว่ามารดาไม่ไว้ใจ ไม่เชื่อใจตนเอง
2. สีหน้าเคร่งเครียดเมื่อพูดถึงเรื่องที่มารดาจู้จี้ ไม่ไว้ใจตนเอง
3. มารดาบอกว่าผู้ป่วยมักมีอาการหงุดหงิด แสดงอาการไม่พอใจ ชักสีหน้าเวลาเตือนให้รับประทานยา และห้ามดื่มน้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อส่งเสริมการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว
3. เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นของอาการกำเริบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม
2. ผู้ป่วยเครียดและหงุดหงิดลดลง
3. มีการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัวมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย
2. คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย 2Q plus
3. ชักชวนให้ผู้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดเชิงลบกับอารมณ์หงุดหงิดและความเครียดที่เกิดขึ้น ค้นหาความคิดเชิงบวกทดแทนความคิดอัตโนมัติเชิงลบ จากมารดาจู้จี้ ขี้บ่น เพราะไม่ไว้ใจตนเอง ปรับเปลี่ยนเป็น เพราะมารดามีความรักและห่วงใยในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ผู้ป่วยได้พิจารณาอารมณ์ตนเองเมื่อปรับความคิดเป็นเชิงบวก
4. ร่วมกับผู้ผู้ป่วยค้นหาวิธีในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการอารมณ์เชิงลบของตนเอง
5. แสดงความเข้าใจในความห่วงใยของมารดา อธิบายให้มารดาเข้าใจถึงความเครียดและอาการหงุดหงิดของผู้ป่วย แนะนำมารดาปรับการสื่อสาร ลดการจู้จี้ การตำหนิ การแสดงความไม่ไว้ใจ หลีกเลียงการพูดเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยเคยอาละวาด เพิ่มการชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ดี สามารถประกอบอาชีพได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตัวเอง ไม่เครียด ไม่มีอาการหงุดหงิด ลดความเสี่ยงต่ออาการกำเริบ อธิบายให้มารดาเข้าใจว่าความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการกำเริบได้

การประเมินผล

หลังจากมีการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงบวก ผู้ป่วยดูผ่อนคลายลง เข้าใจในความรัก ความห่วงใยของมารดามากขึ้น สามารถบอกแนวทางในการจัดการความเครียดของตนเองได้ว่า หากมีความเครียดหรือหงุดหงิดอีกจะใช้วิธีการเดินหนีไป ไม่สนใจ และนึกถึงความรักความห่วงใยของมารดาให้มาก ไม่พบภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มารดาเข้าใจคำแนะนำ บอกว่าจะระมัดระวังในคำพูดให้มากขึ้น ไม่จู้จี้ ไม่พูดซ้ำ ๆ และจะไม่พูดเรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยเคยอาละวาดอีก

การพยาบาลครั้งที่ 3 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช

ผู้ป่วยมาตามนัดพร้อมน้องชาย ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและฉีดยาต่อเนื่อง อาการทางจิตสงบ อารมณ์ปกติ มารดาไม่จู้จี้ ไม่พูดเรื่องเก่าแล้ว ทำให้ไม่เครียด ไม่หงุดหงิด ไม่พบภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควบคุมตัวเองในการหยุดดื่มสุราได้ดี อยู่ในระยะ maintenance หยุดดื่มสุราได้นาน 6 เดือน ไปทำงานส่งน้ำดื่มที่องค์การบริหารส่วนตำบลได้ทุกวัน มารดาสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรงปวดเข้า ตามัว น้องชายจึงรับมารดาไปอยู่ด้วย ผู้ป่วยอยู่คนเดียวที่บ้านเดิม เดินไปรับประทานอาหารที่บ้าน น้องชายซึ่งอยู่บริเวณใกล้เคียงทุกวัน น้องชายรับผิดชอบจัดยาให้ผู้ป่วยแทนมารดา มีปัญหารับประทานยาไม่ตรงเวลาเป็นบางวัน เนื่องจากน้องชายต้องไปตัดยางในตอนเช้า ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่น้องสะใภ้เป็นผู้ปรุง ไม่ค่อยได้รับประทานอาหารจุกจิก มีรับประทานขนม นมบ้างแต่ไม่บ่อย ยังไม่ได้ออกกำลังกายตามที่วางแผนไว้ บอกว่าไปทำงานยกถังน้ำดื่ม และทำงานบ้านทุกวันก็เป็นการทำงานออกกำลังกายแล้ว

น้ำหนักตัวคงเดิมเท่ากับ 80 กิโลกรัม ไม่มีอาการคอแห้ง ไม่พบอาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต สัญญาณชีพปกติ แพทย์ให้รับประทานยาและฉีดยาตามเดิม ส่งกลับรับยาใกล้บ้านที่โรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลในพื้นที่ ให้การดูแลต่อเนื่อง ในระยะ recovery phase ต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการดูแลครั้งที่ 3

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่ออาการกำเริบก่อนความรุนแรงซ้ำ

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องผู้ดูแลหลักขาดศักยภาพ มีปัญหาในการรับประทานยาเสี่ยงต่ออาการกำเริบก่อนความรุนแรงซ้ำจำเป็นต้องให้การพยาบาลต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการกำเริบก่อนความรุนแรง ประวัติกำเริบบ่อยก่อนความรุนแรงซ้ำ re-admission 3 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือน
2. มารดาไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมือนเดิม น้องชายรับผิดชอบดูแลแทน บางครั้งจัดยาให้ผู้ป่วยไม่ตรงเวลา เนื่องจากมีภาระงาน
3. ผู้ป่วยอยู่คนเดียว และยังต้องมีผู้ดูแลจัดยาให้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง
2. เพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
3. เพื่อป้องกันอาการกำเริบก่อนความรุนแรงซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับประทานยา ฉีดยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบก่อนความรุนแรงซ้ำ
2. ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเอง จัดยารับประทานเองได้
3. ผู้ป่วยอยู่ในระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow - up) ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับผู้ป่วยและน้องชาย ค้นหาแนวทางในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้น้องชายจัดหลังอาหารเช้าใส่กล่องยาไว้ ให้ผู้ป่วยหยิบรับประทานเอง ปรับเปลี่ยนยาก่อนนอน ได้แก่ risperidone 2 mg 1xhs, clozapine 100 mg 1xhs, clozapine 25 mg 2xhs, trazodone 50 mg 2xhs, chlorpromazine 100 mg 1xhs, clonazepam 1 mg 2xhs มารับประทานรวมกับยาหลังอาหารเย็น ได้แก่ B1-6-12 และ artane 2 mg แพทย์อนุญาตให้รับประทานรวมกันได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา เพื่อความสะดวกในการดูแลและป้องกันการขาดยา หากผู้ป่วยรับประทานยาก่อนนอนเองที่บ้านซึ่งไม่มีผู้ดูแล
2. ส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลตนเอง วางแผนสอนผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง โดยน้องชายเป็นผู้กำกับดูแล และตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
3. ทบทวนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการอาการกำเริบ แนะนำน้องชายผู้ป่วยสังเกตสัญญาณเตือนอาการกำเริบ การดูแลเมื่อพบสัญญาณเตือน ไม่ปล่อยให้อาการกำเริบรุนแรง และการจัดการในภาวะฉุกเฉิน
4. ส่งต่อข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการติดตามใกล้ชิด (Close follow - up) ได้รับการเฝ้าระวังดูแลในชุมชน วางแผนดูแลต่อเนื่องในระยะ recovery phase เฝ้าระวังอาการกำเริบ การกำเริบก่อนความรุนแรง ติดตามการหยุดดื่มสุรา ส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง ฝึกให้ผู้ป่วยจัดยา รับประทานเอง ส่งเสริมสนับสนุนให้อยู่ร่วมในสังคมได้ในระยะยาวต่อไป

การประเมินผล

น้องชายรับฟังคำแนะนำ เข้าใจในการปรับเปลี่ยนการจัดยา และจะฝึกให้ผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง โดยจะกำกับดูแลตรวจสอบอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยเข้าใจการปรับเปลี่ยนการรับประทานยาก่อนนอนรวมกับยาหลังอาหารเย็น โดยไม่มีผลต่อเวลาการเข้านอนของผู้ป่วย และจะหัดจัดยารับประทานเอง ส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ให้การดูแลเฝ้าระวังอาการกำเริบ ติดตามการเลิกสูรา และประเมินการฝึกจัดยาตามแผนการพยาบาลต่อไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสที่จะกลับไปติ่มสุราซ้ำ

ผู้ป่วยอยู่ในระยะติดตามการเลิกสูรา 6 เดือน และอยู่ในชุมชนที่มีการติ่มสุรา จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีประวัติติ่มสุราทุกวันนาน 5 เดือน หยุดติ่มสุราได้ 6 เดือนอยู่ในระยะติดตาม
2. ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนที่มีการติ่มสุรา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ ไม่กลับไปติ่มสุราซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ ไม่กลับไปติ่มสุราซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทบทวนแรงจูงใจในการเลิกสูราของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเป้าหมายในการเลิกติ่มสุรา
2. สอบถามถึงการควบคุมตัวเองในการหยุดติ่มสุรา และผลลัพธ์ของการเลิกติ่มสุราที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา
3. ชื่นชมในความสำเร็จของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมตัวเองได้ ไม่กลับไปติ่มสุราซ้ำในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และแสดงความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะสามารถหยุดติ่มสุราได้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้ เพื่อเป็นการเสริมแรง และให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ
4. ส่งต่อข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลในพื้นที่ ให้การดูแลติดตามการเลิกสูราของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยกลับไปติ่มสุราอีก จะต้องดึงให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกครั้งโดยเร็ว ด้วยการเสริมสร้างความหวัง ควบคุมประครองและส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองไม่ให้ติ่มสุราตามแผนที่วางไว้ อยู่ในระยะ maintenance ของการเลิกติ่มสุรา จัดการกับอาการอยากติ่มสุราได้ โดยรับประทานนม ตีมนมแทน คิดว่าหากติ่มสุราอีกมารดาจะเสียใจ และตนเองจะมีอาการกำเริบต้องมานอนโรงพยาบาลอีก ก็สามารถควบคุมตัวเองได้ ไม่มีอาการอยากติ่มสุราแล้ว บอกว่ามารดาคอยให้กำลังใจ ร่างกายแข็งแรงไปทำงานได้ ทำให้มีกำลังใจ ตั้งใจหยุดติ่มสุราตลอดไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยาต้านอาการทางจิต

อาการข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะเริ่มแรกและระยะหลังของการใช้ยา จึงยังจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ใช้แผนการพยาบาลเดิม

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการของ Extrapyrarnidal symptom อาการคอแห้งลดลง ดื่มน้ำไม่เกินวันละ 3 ลิตร ไม่มีน้ำลายมากผิดปกติ ไม่มีอาการหน้ามืด การขับถ่ายปัสสาวะปกติ 5-6 ครั้งต่อวัน อุจจาระปกติ 2 ครั้งต่อวัน น้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 80 กิโลกรัม ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่น้องสะใภ้เป็นผู้ปรุง ไม่ค่อยได้รับประทานอาหารเช้า มีรับประทานขนม นมบ้างแต่ไม่บ่อย ยังไม่ได้ออกกำลังกายตามที่วางแผนไว้ บอกว่าไปทำงานยกถังน้ำดื่ม และทำงานบ้านทุกวันก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ปัญหาได้รับการแก้ไข บรรลุวัตถุประสงค์

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมเป็นโรคติดเชื้อ มีปัญหาติดสารเสพติด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีปัญหาซับซ้อน ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมรอบด้านมากขึ้น
3. ใช้เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการแพทย์

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจจิตเวช จำนวน 1 ราย รับไว้ดูแลวันที่ 24 สิงหาคม 2565 และจำหน่ายจากการดูแลวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 ให้การพยาบาลในวันที่ 24 สิงหาคม 2565, วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 และวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลาเวลา 6 เดือน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหวาดระแวงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีระบบติดตามใกล้ชิด (close follow-up) อย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงการดูแลในชุมชน เพื่อป้องกันอาการกำเริบก่อความรุนแรงซ้ำ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง ครอบคลุม ได้มาตรฐานและปลอดภัย ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยของตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา ได้รับการจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถหยุดดื่มสุราได้ตลอดระยะเวลาที่ดูแลนาน 6 เดือน มีแนวทางในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่สำเร็จ มีการประสานส่งต่อข้อมูลให้กับสถานพยาบาลในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง และให้ความรู้ความเข้าใจแก่ชุมชน นำไปสู่การยอมรับให้โอกาสผู้ป่วยได้อยู่ร่วมในชุมชนสามารถประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์).

(พิมพ์ครั้งที่ 2). <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/2020022638675188.pdf>

กรมสุขภาพจิต. (2564). คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/

สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1104>



- กรมสุขภาพจิต (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202010061612167390.pdf>
- กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, และศิริินภา อภิสทธิภิญโญ. (2560). *จิตเวชศาสตร์ Psychiatry* (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- จีระพรรณ สุริยงค์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, กิตติศักดิ์ วิบูลย์มา, เดชา ทำดี, และพิมพ์ภาภรณ์ แก้วมา. (2557). ความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 22(1) 38-47. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/23534/46325>
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2565). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (1 มกราคม 2560). *สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs (Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs)*. ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต คลังความรู้สุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/275>
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2562). *การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิमित แก้วอาจ, สุริยาศิริสุข, นุจรินทร์ บัวละคร, และภาณุรัตน์ ศรีมงคล. (9 กรกฎาคม 2563). *ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท*. ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต คลังความรู้สุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1294>
- นุจรินทร์ บัวละคร. (2560). *ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภทและสุรา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์). https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5714030151_7486_7067.pdf
- บุญศิริ จันศิริมงคล, ลูกจันทร์ วิทยาารวงศ์, เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา, สาวิตรี สุริยะฉาย, เกษมกรกำจายฤทธิ์, จุฑามาศ ตั้งมโนธรรม, ผดุงศักดิ์ คุรุทหุ่น, และทรงศักดิ์ ยุทธนัยกุล. (มิถุนายน 2556). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่องภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา*. ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต คลังความรู้สุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1126>
- บุญศิริ จันศิริมงคล, สาวิตรี สุริยะฉาย, หทัยชนนี บุญเจริญ, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, สรสพร จวงษ์ และอุจน์จิตร คุณารักษ์. (2556). โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 76-87. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/10149/46339>
- พรทิพย์ ชุ่นอ้อ, ประภาศรี ประภากรสกุล, ไพรัช พิมพ์, และไพจิตร พุทธรอด. (2565). ความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตรัง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36 (3), 71-80. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/258308/178188>



- มานะศักดิ์ เหลือมทองกลาง และเพ็ญญา แต่งต่อมยุทธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่ติดสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34 (1), 163–178. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/241996/164682>
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). บริษัทปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มุกข์ดา ผดุงยาม. (2561). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทนีโอดิจิตอล จำกัด.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2558). *แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/60/1-58.pdf>
- สมจิตร มณีกานนท์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพ์นิตย์, นิตยา จรัสแสง, และขวัญสุดา บุญทศ. (2557). ความชุกของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59 (4), 371–380. <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/59-4/04-Somjit.pdf>
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และวีร์ เมฆวิสัย. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202002061595902378.pd>
- หน่วยเภสัชสนเทศและบริการสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (1 ธันวาคม 2563). *ทำไมยา antipsychotic มีผลทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น*. <http://drug.pharmacy.psu.ac.th/webboard/wball.php?idqa=159>