

การจัดการรายกรณี: ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนและกัญชามีอาการร่วมทางจิตเวช  
ที่ก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน

(Case Management in Amphetamine and Marijuana Drug with severe psychiatric  
companion with family and community )

วิมลพรรณ โชติแสงทอง\*

Wimonphan Chotsaengthong

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัญหาเสพติดในปัจจุบัน อัตราการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้การบำบัดรักษามีความยากและความซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงผลการประเมินการใช้ยาเสพติดของผู้เข้าบำบัดรักษาที่กลุ่มผู้ติดและกลุ่มผู้ติดยาเสพติดรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นำมาสู่ปัญหาการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช ผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชายังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งต่อการเสพติดซ้ำและการป่วยด้วยโรคทางจิตที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง หากครอบครัว ชุมชนมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ติดยาและสารเสพติดไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เกิดผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ติดยาและสารเสพติดกลับเข้าสู่ปัญหาเดิม กลายเป็นปัญหาเรื้อรังและเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในวางแผนการดูแล

แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ( Case management) เป็นการจัดบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่ง เพื่อพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนให้มีคุณภาพ ช่วยให้มีการประสานงานที่ดี ระหว่างสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายให้คุณภาพการดูแลสูงขึ้น มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มุ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลร่วมกัน โดยใช้แผนการดูแล (Case Management Plan) เป็นลักษณะการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการ มีผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแล เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) และมีการปฏิบัติการร่วมกันเป็นกลุ่มทั้งในระดับหน่วยหรือระดับแผนก และที่สำคัญคือ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนจะมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายและประเมินผล

ผลการใช้การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี (Case Management) ตามขั้นตอน โดยจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management Plan) ไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันรุนแรง, ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่องและระยะดูแลต่อเนื่อง มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร่วมกับการนำครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข ปัญหา บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของการจัดการรายกรณี ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาศักยภาพการพยาบาล เกิดอิสรภาพทางการพยาบาล (nursing autonomy) เพื่อผลลัพธ์อันเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

**คำสำคัญ:**การจัดการรายกรณี,ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนและกัญชา, อาการร่วมทางจิตเวชที่ก้าวร้าวรุนแรง

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี

## Abstract

The current drug problem that rate of use more than one drug tend to increase as a result, treatment becomes more difficult and complicated. Drug use among addicts and severe addicts tends to increase steadily. Such problems lead to the problem of psychiatric comorbidities. These patients continued to be at risk of both re-addiction and mental illness requiring continued medication. If the family and community do not understand and care for the patient incorrectly as a result, drug addicts do not receive proper care and family conflict. Those problems have a negative impact on society and the environment and back to the same problem. It has become a chronic and complex problem in planning care.

Case management is a form of health service arrangement to develop quality care. This method can help to have a good coordination many careers. The goal is to increase the quality of care, reasonable cost and the results were achieved according to the goals set. The health team will jointly formulate a care plan by using case Management Plan including. It has the characteristics of care management in accordance with the patient's problems. Case manager is responsible for manage the patient care system and coordinated as a team. The key is to involve patients, families and communities responsible for setting goals and evaluated together.

Results of use case management patients had cared for in accordance with procedural case management guidelines. Patients were prepared with a case management plan in 3 phases: severe acute phase, acute-continuation phase, and continuous care phase. Outcomes of care through family and community involvement to find problems and jointly plan solutions achieve the objectives of case management. This method help patients receive ongoing care maximum efficiency and create satisfaction for patients and families. Finally this approach also helps develop the nursing profession for the maximum benefit of service recipients.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของยาเสพติดปัจจุบันอยู่ในสถานการณ์ที่มีการใช้อย่างกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร ผลที่ตามมาคือเกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง รัฐบาลเองได้ให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมกันแก้ไขปัญหากับการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ รวมทั้งใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้ที่ทำให้เกิดปัญหาในการค้ายาเสพติดและผู้เสพยาเสพติดและมุ่งเน้น

การดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพ ปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติดยา คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสังคม (คณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด, 2564) ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่น่ากังวลและเป็นปัญหา คือ มีการใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้การบำบัดรักษา มีความยากและความซับซ้อนมากขึ้น กลุ่มผู้ติดยาและกลุ่มผู้ติดยา รุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (บุรฉัตร จันทรแดง, 2560) นำมาสู่ปัญหาการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช สอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ามีความชุกของ comorbidity สูง และมีผลกระทบต่อ การดำเนินโรค มีผลให้การรักษาสารเสพติดและการรักษาโรคจิตเวชยากมากขึ้น เกิดการไม่ร่วมมือในการรักษา (non-compliance) ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย ผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวทยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งต่อการเสพติดซ้ำและการป่วยด้วยโรคทางจิตที่ต้องรับประทุษร้ายต่อเนื่องหากครอบครัวมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ติดยาและสารเสพติดไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ติดยาและสารเสพติดกลับเข้าสู่ปัญหาเดิม กลายเป็นปัญหาเรื้อรังและเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในวางแผนการดูแล ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจในลักษณะของโรคสมองติดยา การเกิดโรคร่วมทางจิตเวช การรักษา การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว รุนแรง การดูแลต่อเนื่อง รวมทั้ง การปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558)

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี ตระหนักในการแก้ปัญหา จึงได้มีแนวทางส่งเสริมกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มยุ่งยาก ซับซ้อนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยมีขั้นตอนในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) ประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อทบทวนข้อมูล และหา แนวทางการดูแลในระยะวิกฤติแรกเริ่ม และแนวทางการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชน 2) ใช้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) และ นำระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Nurse Case Manager) 3) นำครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมโดย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้ร่วมกันค้นหาสาเหตุของการเกิดปัญหา นำไปสู่การ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการปัญหา ให้สอดคล้องตามความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการกระทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อจัดการปัญหาที่ เกิดขึ้น ภายใต้แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) โดยการทำงาน ร่วมกับทีม สุขภาพ ซึ่งเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลร่วมกัน โดยใช้แผนการดูแล (Case management Plan) ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมาย และประเมินผลด้วยกัน พยาบาลผู้จัดการราย กรณี จะสวมบทบาทผู้แทนผู้ป่วย ผู้แก้ปัญหา ผู้ตัดสินใจ และอื่นๆ ที่จะพิทักษ์สิทธิความปลอดภัย และ ผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ

ผู้ศึกษาในบทบาทพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยยาเสพติดจิตเวช จึงมีความสนใจในการศึกษา การจัดการ รายกรณี ผู้ป่วยยาเสพติดยาบ้าและกัญชาที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่รุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน เพื่อ เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตที่รุนแรง โดยกำหนดแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีม

สหสาขาอย่างเป็นระบบ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเกิดประสิทธิผลสูงสุด และเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตที่รุนแรงต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนและกัญชามีอาการร่วมทางจิตเวชที่ก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชนโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี

**ระยะเวลาที่ศึกษา** เดือน กุมภาพันธ์ – สิงหาคม 2565

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนกระบวนการแนวคิดการดำเนินงานการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี วัตถุประสงค์ หลักการระบบและการจัดการ รูปแบบการจัดการรายกรณี
๒. เลือกผู้ป่วยที่มีประเด็นความยุ่งยาก ซับซ้อนของปัญหา เพื่อจัดทำการศึกษา 1 ราย คือผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนและกัญชามีอาการร่วมทางจิตเวชที่ก้าวร้าวรุนแรง
๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด สาเหตุของการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์
๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา และเอกสารทางวิชาการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง
๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนการดูแลตามแนวคิดการจัดการรายกรณี ภายใต้การทำงานเป็นทีมของสหสาขาและร่วมกันกำหนดแผนการดูแล โดยนำครอบครัวและผู้แทนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา แนวทางการดูแลและการดูแลต่อเนื่อง
๖. การดำเนินตามแผนที่กำหนดไว้ โดยผู้ศึกษาสวมบทบาทเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ทำหน้าที่กำกับดูแลให้บุคลากรในทีมปฏิบัติกิจกรรมตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในแผนการดูแล
๗. สรุปผล กรณีศึกษา การจัดการรายกรณี การดูแลผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนและกัญชามีอาการร่วมทางจิตเวชที่ก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน
๘. เผยแพร่ความรู้จากการทำกรณีศึกษา

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกทางการแพทย์และการประเมินผลการพยาบาล 3) แบบบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

**ส่วนที่ 2** แผนการดูแล (Case Management Plan) เป็นเครื่องมือของพยาบาลผู้จัดการที่จะดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลประกอบด้วย การระบุปัญหา การวางแผนให้การดูแลและการดำเนินตามแผน การคาดหมายในผลลัพธ์และองค์ประกอบอื่นๆ ภายใต้ความร่วมมือในการปฏิบัติการโดยพยาบาลและแพทย์ ซึ่งระบุระยะเวลา เป้าหมาย และผลลัพธ์ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายการดูแลไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น ระยะกลางและระยะการดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยยาเสพติดยาบ้าและกัญชามีอาการร่วมทางจิตเวชที่รุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน 1 คน คัดเลือกการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง เข้าสู่ระบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้ศึกษารับบทบาทเป็นผู้จัดการรายกรณี ศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – สิงหาคม 2565 รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม

**ผลการศึกษา** การศึกษาในกรณีศึกษาครั้งนี้ ขอนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ประวัติกรณีศึกษาและการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนพยาบาลกรณีศึกษาตามแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) และการสรุปผลและวิเคราะห์รายงานกรณีศึกษาโดยมีรายละเอียด ดังนี้

## 1. ประวัติกรณีศึกษาและการประเมินภาวะสุขภาพ

**1.1 ข้อมูลทั่วไป** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ โสด ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ รับจ้างทั่วไป (ช่วยยายขายขนม) บทบาทในครอบครัว

สมาชิก ภูมิลำเนา อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี รั่วไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565

**การวินิจฉัยโรค** Multiple Drug use disorder with induce psychosis (Cannabis and Stimulant)

**อาการสำคัญ (Chief Complaint)** หูแว่ว พูดคนเดียว เพื่อเจอ สับสน เอะอะไว้วาย อาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายญาติ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness)** 2 ปีก่อนมารพ. ขณะอายุได้ 16 ปี ผู้ป่วยเริ่มใช้กัญชาและยาบ้า ด้วยความอยากลองจากการชักชวนของเพื่อน โดยเริ่มใช้ยาบ้า ครั้งละ 1-2 เม็ด ส่วนกัญชา ใช้ผสมกับบุหรี่ยานสูบโดยใช้วันเว้นวัน

1 ปีก่อนมารพ. เพิ่มปริมาณการเสพทั้งยาบ้าและกัญชามากขึ้น เสพทุกวัน และเสพต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมารพ. เสพยาบ้าวันละ 2-5 เม็ดร่วมกับกัญชาวันละ 7-8 มวน เสพทุกวัน หลังเสพจะมึนงงมากขึ้น มีหูแว่ว พูดเพื่อเจอ ทำทางแปลก เดินคล้ายลิง ไม่ได้ไปรักษา

1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้าและกัญชาต่อเนื่อง มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าวเอะอะ อาละวาด ญาติพามารักษาที่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี แต่ไม่เพียงพอสำหรับ Admit จึงได้รับยากลับไปทานที่บ้าน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้าและสูบกัญชาอีก ไม่ยอมรับประทานยาที่แพทย์จัดให้ มีอาการหงุดหงิดมากขึ้น เอะอะไว้วาย อาละวาด เดินไปมา ไม่ยอมหลับนอน บอกว่าตนเองมีคาถา มีวิชาอาคม สามารถเปิดโลก จะทำร้ายญาติข้างบ้าน อาการหูแว่ว เป็นเสียงทลวงปุมาคูด้วย มีอาการภาพหลอน เห็นเป็นเงาสีขาวและสีดำ ควบคุมตัวเองไม่ได้ ตาขวาง อาการรุนแรงมากขึ้น ยายจึงแจ้งเจ้าหน้าที่กู้ภัยนำส่งสถานีดำรวจนำไปคุมขังไว้ 1 คืนแต่ผู้ป่วยอาละวาด ปืนที่คุมขัง เอะอะ พูดไม่รู้เรื่อง จะทำร้ายเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ตำรวจจึงให้ญาติพาผู้ป่วยนำส่ง สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี อีกครั้ง

**อาการแรกเริ่ม** ทำทางหงุดหงิดมาก ระวังกลัวคนจะมาทำร้าย มีหูแว่วตลอดเวลา พูดคนเดียว ถามตอบไม่ตรงคำถาม จับใจความไม่ได้ ตาขวาง ก้าวร้าวเสียงดัง บอกว่าตนเองเป็น 109 ตน มีคาถาอาคม สามารถเปิดโลกได้ และมีหลงผิดคิดว่ามีพ่อปู่คอยพูดคุยกับตนเอง ล่วงรู้ความคิดของตนเองและเข้ามาควบคุมผู้ป่วยให้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history)** ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร่างกายและโรคทางจิต ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ การผ่าตัด

**โรคประจำตัว และการรักษาที่ได้รับ** สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัว

**ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร** ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมีต่างๆ

**ประวัติการใช้ยา และสารเสพติด** ผู้ป่วยเริ่มใช้ยาตอนอายุ 16 ปี โดยเริ่มใช้ยาบ้า ครั้งละ 1-2 เม็ด โดยใช้วันเว้นวัน ปัจจุบันใช้ยาบ้าครั้งละ 2-5 เม็ด สัปดาห์ละ 5 วัน ใช้ครั้งสุดท้าย 15 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 5 เม็ด

กัญชา ใช้ตั้งแต่อายุ 16 ปี ใช้ผสมกับบุหรี่ยานสูบ 1-2 ครั้ง สัปดาห์ละ 5 วัน ใช้ครั้งสุดท้าย 15 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 2 มวน ตี๋มเปียร์วันเว้นวัน ช่วงเย็น 3 ขวด/วัน สูบบุหรี่ ตั้งแต่อายุ 14 ปี สูบวันละ 20 มวน

### ประวัติการบำบัดรักษายาเสพติด

ครั้งที่ 1 รักษาแบบผู้ป่วยนอก เมื่อ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565 ปัจจุบัน ครั้งที่ 2 : วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

**ประวัติการต้องคดี** ไม่มีประวัติด้านคดี

**ประวัติส่วนตัว** ผู้ป่วยเป็นบุตรคนเดียว อาศัยอยู่กับยายและป้า บิดา มารดาเสียชีวิตจากอุบัติเหตุตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 2 ขวบ ที่บ้านจังหวัดปทุมธานี ผู้ป่วยเรียนจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อายุ 16 ปี ได้เริ่มใช้ยาเสพติดทั้งยาบ้าและกัญชา จากการชักชวนของเพื่อนรุ่นพี่

**ประวัติครอบครัว** บิดาและมารดาเสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 2 ขวบ อาศัยอยู่กับยายอาชีพรายขายขนมในตลาดของหมู่บ้าน รายได้วันละ 300-400 บาท สุขภาพแข็งแรง มีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง

### 1.2 ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

แรกรับ	อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร = 70 ครั้ง/นาที , หายใจ 18 ครั้ง/นาที BP=112/70 มม.ปรอท น้ำหนัก 52 kgs ส่วนสูง 170 cms. BMI=17.99 Kg/m2
ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน สีผิวขาวเหลือง ไม่มีความพิการใดๆ เดินได้เอง
ผิวหนัง	ปกติไม่แห้งแตก ไม่มีจุดจ้ำเลือด และจุดเลือดออก ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ
ศีรษะ ใบหน้า	ศีรษะสมมาตร ไม่มีก้อนบวมบูน
ตา	การมองเห็นทั้งสองข้าง ปกติ ขนตาจัดเรียงเป็นระเบียบ หนังตาไม่ตก ตาขาวไม่ เหลือง ไม่มีน้ำตา เปลือกตาบน-ล่างมีสีชมพู การเคลื่อนไหวลูกตาปกติทั้ง2ข้าง ต่อมำน้ำตาปกติ
ช่องปากและคอ	ช่องปากไม่ค้อยสะอาด ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในปาก เหงือกไม่ บวม ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มี ฟันผุ มีหินปูนเกาะตามฟัน ไม่พบความผิดปกติที่คอต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอไม่โต ไม่มีก้อน ผิดปกติ
แขนขา	ลักษณะภายนอกของแขนและขาไม่ผิดปกติ ไม่มีอาการเกร็ง ทำหน้าที่ได้ปกติเคลื่อนไหวข้อได้ทุกข้อ ไม่ อักเสบ ปวด บวม แดงร้อน ระบบกล้ามเนื้อแข็งแรง การเคลื่อนไหวปกติ
ทรวงอก	ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ
หัวใจและหลอดเลือด	ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก นอนราบได้ปกติ ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ เวลาหายใจเข้าออก หน้าอกเคลื่อนไหว เท่ากันทั้งสองข้าง การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ
หน้าท้องและทางเดินอาหาร	ปกติ ท้องไม่อืด ไม่มีรอยแผลหรือรอยผ่าตัด คลำไม่พบก้อนตับ ม้ามไม่โต
Cerebellar sign	Finger-to-nose test ไม่พบความผิดปกติ , ไม่มีประวัติการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ
การเดิน	ทรงตัวดี ไม่มีอาการเดินเซ

### 1.3 การตรวจสภาพจิต

ลักษณะโดยทั่วไป (General appearance)	ชายไทย วัยรุ่น รูปร่างผอม ผิวดำแดง หน้าตาสมวัย ผมสั้นสีดำ สวมชุดโรงพยาบาล แต่งกายสะอาด สีหน้าไม่สดชื่น หงุดหงิด ครุ่นคิด บางครั้งมีหลับตาใช้มือปิดหูทั้งสองข้าง สอบถามบอก ว่ากำลังเปิดโลก ให้ความร่วมมือ ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างพูดคุยสีหน้ากังวล ไม่ หงุดหงิด พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Psychomotor) ปกติ เดินปกติ ทรงตัวได้ดี
การพูด (Speech)	แรกรับผู้ป่วย มีพูดคนเดียว คิดซ้ำ ถ้าม-ตอบซ้ำ น้ำเสียงเบา ไม่มี Pressure of speech ตอบตรงคำถาม หลังจากนั้นพูดนอกเรื่อง (Tangential) ในบางครั้ง มีนิ่งเงียบในบางช่วง ความดัง ความเร็วจังหวะการพูดสม่ำเสมอ
อารมณ์ (Mood and Affect)	-พื้นฐานอารมณ์เป็นคนอารมณ์ร้อน หงุดหงิดง่าย (Irritable) หากมีสิ่งทีมากระตุ้นที่ทำให้หงุดหงิดผู้ป่วยจะแสดงออกมาให้รู้ว่าไม่พอใจในสิ่งนั้นอย่างชัดเจน

	-อารมณ์ที่แสดงออก (Affect) มีสีหน้าท่าทางกังวล ไม่สดชื่น และ เมื่อพูดถึงเรื่องครอบครัวสีหน้าจะเศร้ามากกว่าตนเองเป็นลูกที่ไม่มีพ่อแม่
ความคิด (Thought)	-กระแสความคิด (Stream of thought) ผู้ป่วยพูดคุยมีความต่อเนื่อง ตอบคำถามได้ตรงคำถาม การพูดบางครั้งรวน แต่เนื้อหาการพูดยังอยู่ในประเด็นที่สนทนา -เนื้อหาความคิด (Content of thought) มีความคิดหมกมุ่นเรื่องคิดว่าตนเองมีวิชาอาคมสามารถเปิดโลกได้ และมีอาการหลงผิดคิดว่ามีพ่อปู่คอยพูดคุยกับตนเอง ล่วงรู้ความคิดของตนเองและเข้ามาควบคุมผู้ป่วยให้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ต้องการและบอกว่าปู่เป็นนายพลชื่อประภาส พรหมสังข์เป็นลูกรัชกาลที่ 11
การรับรู้สิ่งเร้า (Perception)	มีเสียงหูแว่วเป็นเสียงคนมาคุยด้วยตลอดเวลา สั่งให้เปิดโลก โดยจะทำตามด้วยการนั่งสมาธิ ไม่มีท่าทางระแวงกลัวเสียงหูแว่ว(Auditory Hallucination) ปฏิเสธภาพหลอน ปฏิเสธการรับรส ผิดปกติ ปฏิเสธการรับกลิ่น ผิดปกติ และปฏิเสธการสัมผัส ผิดปกติ
การรับรู้ตัวเองและสิ่งแวดล้อม (cognitive function)	การรับรู้วันเวลาสถานที่ปกติ
ความจำ (Memory)	-ความจำระยะยาว (Remote memory) จำเรื่องราวในอดีตได้แม่นยำ สามารถเล่าเรื่องได้ตรงกับประวัติที่ได้จากยาย -ความจำระยะสั้น (Recent memory) สามารถจำได้ว่าเมื่อเข้ากินข้าวต้ม -ความจำทันที ทันใด (Immediate memory) ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยจำ กางเกง ต้นไม้ ส้ม และ เว้นระยะ 5 นาทีที่กลับมาถาม ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง 3 อย่าง กางเกง ต้นไม้ ส้ม
ความตั้งใจและสมาธิ (Attention and concentration)	ในระยะแรกยังไม่สามารถประเมินได้ เมื่ออาการดีขึ้นพบว่า ผู้ป่วยมีสมาธิในระดับปกติ สามารถหลบเลขในใจได้
เชาวน์ ปัญญาและความรอบรู้ (Intelligence and General Knowledge)	การทดสอบเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้หลบเลขครึ่งละ 5 จาก 100 ผู้ป่วยสามารถหลบได้ ให้หลบเลขลงครึ่งละ 4 จาก 50 ผู้ป่วยสามารถหลบได้ถูกต้อง
การตัดสินใจ (Judgment)	สมมติเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยตัดสินใจหากผู้ ป่วยอยู่ในเหตุการณ์นั้น ผู้ป่วยสามารถตอบได้สมเหตุสมผล เช่น พบจดหมายจากหาของปดแสดมป ผู้ป่วยตอบว่าเอาไปส่งที่ตู้ไปรษณีย์
การรู้จักตนเอง (Insight)	ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีอาการจากการใช้ยาเสพติด รับรู้ว่าตนเอง หงุดหงิดและควบคุมไม่ได้ เดิน นั่ง ทำอะไรก็คุมไม่ค่อยได้ นอกจากนี้บอกว่ายายพามารักษาโรคซึมเศร้า และบอกว่าอาการที่แสดงออกมานั้น ตนเองสามารถจัดการได้ ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ซึ่งแสดงถึง Poor insight

1.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเลือดปกติ, Chest X-ray Normal , ตรวจพบสาร Amphetamine และสารกัญชา ในปีสภาวะ

การวินิจฉัย Multiple Drug use disorder with induce psychosis (Cannabis and Stimulant)

## 2. การจัดการรายกรณี : ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนและกัญชามีอาการร่วมทางจิตเวชที่ก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน (Case Management)

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นลักษณะการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการเป็นสำคัญ โดยที่พยาบาลแต่ละคนมีหน้าที่ประสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ลักษณะเด่นของระบบการพยาบาลในแบบนี้คือ มีการกำหนดเวลาที่จะให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Time Frame) ผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแลเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) และมีการปฏิบัติการร่วมกันเป็นกลุ่มทั้งในระดับหน่วยหรือระดับแผนก และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมาย และประเมินผลด้วยกัน ผู้จัดการจะสวมบทบาทผู้แทนผู้ป่วย ผู้แก้ปัญหา ผู้ตัดสินใจ และอื่น ๆ ที่จะพิทักษ์สิทธิ

ความปลอดภัย และผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ในการเน้นการดูแลให้มีมาตรฐานคุณภาพ ให้การนิเทศการดูแลที่พยาบาลรับผิดชอบปฏิบัติ ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยทั้งหมดในความรับผิดชอบ วางแผนประสานงานและประเมินผลงาน

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดร่วมกับการมีภาวะร่วมทางจิตเวชที่รุนแรง อย่างกรณีศึกษารายนี้ เป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติดหรือมีความผิดปกติทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว เป้าหมายของการพยาบาลโรคร่วม คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติดและลดอาการทางจิตเวชลง รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องและจัดการอย่างเป็นระบบร่วมกับสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ญาติ ครอบครัว และชุมชน เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีวิธีการดำเนินการในการดูแลกรณีศึกษา ดังต่อไปนี้

**ตารางแสดง** ขั้นตอนการการจัดการรายกรณี ; ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนและกัญชามีอาการร่วมทางจิตเวชที่ก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน

ขั้นตอน	วิธีการดำเนินการ
การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย	ผู้ศึกษาได้ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย กรณีศึกษาที่เลือกเมื่อวิเคราะห์จากประวัติและปัญหาของผู้ป่วย กรณีศึกษาพบว่า มีความยุ่งยากในการบำบัดรักษา เนื่องจากเสพยาเสพติดจนมีอาการร่วมทางจิตเวชที่รุนแรง จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และเกิดเป็นปัญหาต่อครอบครัว และชุมชน มีข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุน และช่วยเหลือทางสังคม ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและ ชุมชน ไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเดิม โดยกลัวว่าผู้ป่วยจะไปสร้างปัญหาให้คนในชุมชน
การประเมินผู้ป่วย	ผู้ศึกษาได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา จากประวัติเวชระเบียน การซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัวผลการประเมิน ผู้ป่วยพบปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบองค์รวมโดยมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์รวมทั้งครอบครัว เข้ามาประเมินปัญหา ซึ่งผลการประเมินปัญหาจากทีมสามารถรวบรวมและนำมากำหนดวินิจฉัยปัญหาความต้องการ การช่วยเหลือ
การระบุปัญหา	ผู้ศึกษา ได้มีประชุมทีมสหสาขา เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันระบุปัญหาอย่างครอบคลุมทั้งในระยะแรกเริ่ม –สัปดาห์ที่ 2 ซึ่งเป็นระยะวิกฤติจากอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาและสารเสพติด ระยะกลาง สัปดาห์ที่ 3-6 ซึ่งเป็นจึงการดูแลในอาการทางจิตเริ่มสงบเริ่มมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาร่วมกับทีมสหสาขา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นระยะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มทักษะและความเข้มแข็งด้านจิตใจ
การวางแผนให้การดูแล	การวางแผนการดูแลโดย ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันกำหนดแผนการดูแล เชื่อมโยงระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งแหล่งบริการช่วยเหลือทางสุขภาพและอื่นๆดังในรายกรณีศึกษาได้รับความร่วมมือจากตัวแทนชุมชน ได้แก่ อสม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข น้าชายและ ผู้ใหญ่บ้าน ได้มาร่วมวางแผนการดูแลในระยะเวลาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ และจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management Plan)
การดำเนินตามแผน	ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามแผนที่จัดทำไว้ ภายใต้ความร่วมมือของสหสาขา ผู้ศึกษาในบทบาทผู้จัดการรายกรณีได้จัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้ได้รับความรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันในการที่จะร่วมกันช่วยเหลือและแก้ไขปัญหของผู้ป่วย
การติดตามประเมินผล	ได้รับการติดตามผลการบำบัดโดยการนัดหมายให้มาตรวจและพบทีมบำบัดที่โรงพยาบาลตามกำหนดระยะเวลา ซึ่งผลการบำบัดพบว่าผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยา และยังไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวทางที่ทีมบำบัดได้วางไว้



ตารางแสดง เป้าหมายการพยาบาล ตามแนวคิดการจัดการรายกรณี( Case Management Plan)

เป้าหมายระยะสั้นระยะ เฉียบพลันรุนแรง	เป้าหมายระยะกลาง ระยะอาการ เฉียบพลัน-ต่อเนื่อง	เป้าหมายระยะดูแลต่อเนื่อง การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
<p>-เพื่อให้อาการทางจิตผู้ป่วยทุเลาและมีกร รับรู้ที่เป็นปกติ</p> <p>-เพื่อให้ปลอดภัยจากอาการทางจิตและ ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตัว ผู้ป่วยเองและผู้อื่น จากการรับรู้ความ เจ็บป่วยไม่ตรงตามจริง</p> <p>- เพื่อให้ปลอดภัยจากการได้รับยาทางจิต เวช กลุ่ม High Alert Drugs ที่ใช้บำบัดใน ระยะรุนแรงเฉียบพลัน/เกิดอาการไม่พึง ประสงค์จากการได้รับยาที่ใช้ในการรักษา</p> <p>-เพื่อให้อปลอดภัยจากการผูกมัดหากไม่ สามารถจัดการอาการ อารมณ์ และ พฤติกรรมรุนแรงได้ และจำเป็นต้องได้รับ การจำกัดพฤติกรรมการผูกมัด</p> <p>- ได้รับการประเมินสถานะอันเกิดจากการ เจ็บป่วยด้านร่างกาย</p> <p>- เพื่อให้ทำกิจวัตรประจำวัน และการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้อื่น</p>	<p>-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอาการ ทุกข์ทรมานจากภาวะถอนพิษยา (withdrawal Symptom)</p> <p>- เพื่อให้ได้รับความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ การพักผ่อน ภาวะสุขอนามัยของ ร่างกาย</p> <p>- ไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียง ของยาทางจิตเวช ได้แก่ อาการ EPS และอาการข้างเคียงอื่นๆของยาทางจิต เวช</p> <p>- ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบขั้นตอน การบำบัด และสามารถดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>-เพื่อให้ผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน มี ความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการดูแล ต่อเนื่อง สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อ ได้รับการบำบัดด้วยยาทางจิตเวช</p>	<p>-เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และความ ตระหนักในการดูแลตนเอง สามารถรักษา ตนเองจากภาวะโรคร่วมทางจิตเวชจาก การเสพติดได้</p> <p>- เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหา ความเครียด อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม/ ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจาก ปัญหาการติดยาและสารเสพติด</p> <p>-เพื่อให้มีความรู้เรื่องป้องกันการเสพติดซ้ำ /ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ มี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับการ พัฒนาทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมจน ผ่านเกณฑ์การประเมิน</p> <p>-เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบำบัด และการดูแลต่อเนื่องของครอบครัว/ชุมชน</p> <p>-เพื่อส่งเสริมการติดตามการรักษาและการ บำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>

1. เป้าหมายระยะ เฉียบพลันรุนแรง ( แกร็บ –สัปดาห์ที่ 2 )

ในระยะแกร็บ ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด อาการก้าวร้าว ประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวคนจะทำร้าย หูแว่ว อารมณ์แสดงออกไม่เหมาะสม นอกจากนี้ พบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการด้าน Positive symptom อารมณ์ การรับรู้/พฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs ) เช่น haloperidolหรือ diazepam (valium) เพื่อลดอาการทางจิตที่รุนแรงและให้ผู้ป่วยสงบ ร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด ดังนั้น เป้าหมายเร่งด่วนของการวางแผนพยาบาลระยะนี้ คือการลดความรุนแรงของอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ร่วมกับการป้องกันความรุนแรงของอาการทางจิตเวช อาการเมา และอาการขาดสารเสพติด และการป้องกันอันตรายจากการได้รับยาที่ใช้ในการบำบัด ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและไม่เกิดความเสียหายหากต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด โดยเป้าหมายที่สำคัญในระยะนี้ของรายกรณีศึกษา ได้แก่

1. เพื่อให้ปลอดภัยจากอาการทางจิตเวชที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น /การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่ตรงตามจริง
2. เพื่อให้ปลอดภัยจากอาการรุนแรงจากทางยาเสพติด(ภาวะ Intoxication และ withdrawal symptom ในระยะรุนแรง)
3. เพื่อให้ปลอดภัยจากการได้รับยาทางจิตเวช กลุ่ม High Alert Drugs ที่ใช้บำบัดในระยะรุนแรงเฉียบพลัน/เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่ใช้ในการรักษา
4. เพื่อให้ปลอดภัยจากการผูกมัดหากไม่สามารถจัดการอาการ อารมณ์ และพฤติกรรมรุนแรงได้ และจำเป็นต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมการผูกมัด
5. สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

## การประเมินผลระยะเฉียบพลันรุนแรง ( แกร็บ –สัปดาห์ที่ 2 )

- ระยะนี้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดภายในหอผู้ป่วยเพชร 1 เป็นหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาหรือระยะถอนพิษยา เพื่อรักษาอาการถอนยา (withdrawal symptom) เมื่อเข้าเยี่ยมเคสกรณีศึกษา ในระยะสัปดาห์แรกพบว่า ผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย ระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย มีเสียงหูแว่วเป็นเสียงคนมาคุยและตำหนิผู้ป่วยเป็นช่วงๆ ยังมีอาการอะอะก้าวร้าว สีหน้ายังไม่เป็นมิตร พูดคุย ถามตอบยังไม่ตรงคำถาม การพูดยังไม่สบตา และได้รับยาากลุ่มยาด้านอาการทางจิตชนิดฉีด ร่วมกับการผูกมัดเป็นช่วงๆ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด โดยต้องให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลช่วยเหลือ ระยะนี้ผู้ป่วยยังต้องอยู่ห้องแยกจำกัดพฤติกรรมและยังไม่สามารถออกมาทำกิจกรรมใดๆภายในหอผู้ป่วยได้

สัปดาห์ที่ 2 พบว่า อาการหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายลดลง ยังมีอาการหวาดระแวงกลัวคนทำร้าย แต่ลดลง มีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนคุยกันเป็นบางครั้งแต่น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยสงบลง สีหน้าเป็นมิตรมากขึ้น ไม่วุ่นวาย ไม่มีอาการก้าวร้าว/วุ่นวาย ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น สามารถสื่อสารได้มากขึ้นโดยตอบคำถามได้ตรงคำถาม เริ่มสบตาเมื่อพูดคุยด้วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาจิตเวช ยังมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน

## 2. เป้าหมายระยะกลาง ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 3-6 )

ระยะกลาง ช่วงสัปดาห์ที่3-6 เป็นระยะที่อาการทางจิตเริ่มสงบรวมทั้งอาการจากภาวะถอนยาหรือหยุดใช้สารเสพติดจะลดลง ผู้ป่วยจะเริ่มสามารถควบคุมอาการทางจิต ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ การพยาบาลระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญแต่มีความเร่งด่วนรองลงมา และต้องการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การพักผ่อน ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน เมื่อหยุดการใช้ยาเสพติด และร่างกายขับสารเสพติดออกได้หมด (ค่าครึ่งชีวิตของแอมเฟตามีน 10-12 ชั่วโมง ใช้เวลา 3-5 วัน) ทำให้เกิดอาการสะท้อนกลับจากการที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยหลับมากวันละกว่า 12 ชั่วโมงในช่วง 2-3 วันแรก ประกอบการได้รับยาเพื่อการรักษา ซึ่งเป็นกลุ่มรักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้วังงซึม ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเหล่านี้ ปัญหาด้านสุขอนามัยของร่างกายและสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้ใช้สารเสพติดมักไม่สนใจดูแลตัวเอง และจากฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีนที่ทำให้การหลั่งน้ำลายลดลง และอาจเป็นปัญหาต่อเนื่องจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการบำบัดที่มีผลในการกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกลดลงจนกระทบความสามารถในการดูแลตนเอง และกระทบต่อความอยากอาหาร เป้าหมายการพยาบาล จึงอยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดีของช่องปาก การป้องกันไม่ให้อาการข้างเคียงของยาต่อการกดประสาทส่วนกลางมีมากเกินไป ตลอดจนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่วนทางด้านจิตใจ ผู้ใช้สารเสพติดส่วนมากมีอารมณ์เศร้า มีความท้อแท้ มีความวิตกกังวล มีความเครียดในเรื่องต่างๆอยู่มาก โดยเฉพาะการไม่สามารถยอมรับปัญหาของตนเอง (denial) จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทางจิตบำบัด และในช่วงแรกของการหยุดสารเสพติดใหม่ๆ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการอยากได้สารเสพติดสูงมาก ทำให้มีความกังวลเพราะเกรงว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจมีอารมณ์หงุดหงิด และถูกกระตุ้นได้ง่ายโดยเป้าหมายของการพยาบาลในระยะนี้คือ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอาการทุกข์ทรมานจากภาวะขาดยา (withdrawal Symptom)
2. เพื่อให้ได้รับความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ การพักผ่อน ภาวะสุขอนามัยของร่างกาย
3. ไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช ได้แก่ อาการ EPS และอาการข้างเคียงอื่นๆ

ของยาทางจิตเวช

4. ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบขั้นตอนการบำบัด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### การประเมินผลระยะกลาง ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง

- ระยะนี้ผู้ป่วยยังรับการบำบัดภายในหอผู้ป่วยเพชร 1 ระยะบำบัดด้วยยาพบว่า อาการทางจิตส่วนใหญดีขึ้นตามลำดับ อาการหิวแหว่ลดลง อาการระแวงกลัวคนทำร้ายไม่มี สามารถควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้นสงบมากขึ้น ไม่วุ่นวาย สามารถสื่อสารได้มากขึ้นโดยตอบคำถามได้ตรงคำถาม การรับรู้บุคคล วันเวลาสถานที่ดีขึ้น อาการถอนพิษหลังหยุดใช้ยาเสพติดมีเพียงอาการง่วงนอน อ่อนเพลีย ไม่พบอาการซึมเศร้า หงุดหงิดก้าวร้าว สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ในช่วงกลางคืน และนอนกลางวันประมาณ 2-3 ชั่วโมง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาจิตเวช สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกระตุ้น เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มภายในหอผู้ป่วยได้ และย้ายออกมานอนพักในหอผู้ป่วยรวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 5 kg

- ในสัปดาห์ที่ 5 ของการบำบัด ผู้ป่วยได้รับการตรวจสภาพทางจิตเพื่อประเมินอาการก่อนจะให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผลการตรวจสภาพจิต พบว่าอาการทางจิตทุเลาสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพและทำกิจกรรมได้ ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้เข้าพบเพื่อประเมินแรงจูงใจ พบว่า ผู้ป่วยยังไม่มีความสนใจในการเลิกยาเสพติดและไม่ยอมเข้ารับการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ต่อ ทั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้เทคนิคของการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy-MET) และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจูงใจด้วยจนผู้ป่วยเริ่มสนใจและตัดสินใจจะเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพในที่สุด

- ในสัปดาห์ที่ 6 ของการบำบัดผู้ป่วยได้รับประสานงานกับหน่วยงานสังคมเคราะห์ ในการติดตามครอบครัวเข้ามาร่วมรับทราบปัญหาและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง นำตัวแทนของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว มาร่วมวางแผนการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้ภายหลังการบำบัด รวมทั้งการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังดูแลและช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุการณ์ที่รุนแรง ใช้รูปแบบการประสานงานทางวิดีโอคอลรายบุคคลก่อนพร้อมทั้งจะนัดหมายในการจัดพูดคุยเพื่อร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหา ผ่านระบบ Zoom Meeting

### 3. เป้าหมายระยะดูแลต่อเนื่อง การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (สัปดาห์ที่ 7-12 )

เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันและระยะที่มีอาการขาดยาได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งอาการทางจิตสงบแล้ว ผู้ป่วยจะควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น มีสมาธิ พุดคุยได้มากขึ้น สามารถปรับตัวต่อการรักษาและมีความวิตกกังวลลดลง ขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญต่อไป คือ ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการบำบัดด้านพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด ในรายกรณีศึกษารายนี้ เมื่อวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว มีปัญหาการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช รวมทั้งตัวผู้ป่วยยังขาดทักษะที่จะป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำรวมทั้งการดูแลต่อเนื่องของตนเองหลายๆทักษะ ดังนั้น เป้าหมายการดูแลระยะนี้เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการดูแลตนเอง สามารถรักษาตนเองจากภาวะโรคร่วมได้อย่างต่อเนื่อง

2. สามารถจัดการกับปัญหาความเครียด อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม/ ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจากปัญหาการติดยาและสารเสพติด

3. มีความรู้เรื่องป้องกันการเสพติดซ้ำ /ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้

4. มีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบำบัดของครอบครัว/ เพื่อส่งเสริมการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

### การประเมินผลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในระยะนี้ ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตเวช สามารถสื่อสารได้ดีขึ้น ยังได้รับยาทางจิตเวชรับประทานต่อเนื่อง แต่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาจิตเวช สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดย

ไม่ต้องกระตุ้น เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆภายในหอผู้ป่วยได้ รับผิดชอบงานภายในหอผู้ป่วยดีขึ้น สามารถบอกเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในอนาคตได้ เมื่อติดตามครอบครัวมาร่วมวางแผนการดูแล ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการปฏิบัติตนและร่วมกับครอบครัวในการกำหนดแนวทางความเป็นอยู่เมื่อกลับบ้านได้

การเข้ากลุ่มกิจกรรมของทีมีสุขภาพ ร่วมกับครอบครัวและชุมชนโดยร่วมกันพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจในลักษณะการเกิดโรคและผลการรักษาของผู้ป่วยรวมทั้งการวางแผนเพื่อดูแลที่บ้าน โดยทีมีสุขภาพ มีความต้องการที่จะขอให้ทางตัวแทนชุมชนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ในช่วงแรกของการเข้ากลุ่มจะเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคสมองตติยา และเกิดโรคทางจิตเวชจากการเสพติดเพื่อปรับทัศนคติและปรับความรู้สึกที่ไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วยจากเพื่อนบ้านและตัวแทนชุมชนก่อน หลังจากนั้นผู้จัดการรายกรณีได้ของความร่วมมือให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยกรณีศึกษา ซึ่งตัวแทนชุมชนได้แสดงความเห็นใจในปัญหาของผู้ป่วยและยินดีที่จะช่วยเหลือ เมื่อได้ร่วมกันค้นหาปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นและร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติตัว โดยผ่านกระบวนการยกปัญหาของผู้ป่วยและร่วมกันตัดสินใจจากแนวทางที่ร่วมกันกำหนดขึ้นมา ในส่วนของตัวแทนชุมชน มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น ยอมรับว่า ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นเกิดจากการเสพติดและส่งผลทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคสมองตติยา การบำบัดรักษาช่วยให้ผู้ป่วยอาการทุเลาและดีขึ้นตามลำดับ ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลต่อเนื่องและยินดีที่จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ ได้รับการประเมินจากคณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผ่านเกณฑ์การประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยได้เขียนวางแผนการกลับบ้านและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่24 พฤษภาคม 2565 รวมเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู 97 วัน

### การติดตามและประเมินผล

ภายหลังการจำหน่าย ได้มีการนัดหมายกรณีศึกษา ได้เข้ารับการติดตามการรักษาที่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานกับ นักสังคมสงเคราะห์ ให้เป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วย ครอบครัวและ อสม ให้นำผู้ป่วยมาติดตามการรักษาต่อเนื่องอีก 3 เดือน ดังนี้ ทุก 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 เดือน อีก 2 ครั้ง ซึ่งผลการบำบัดและอาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพติดซ้ำ โดยผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในปัสสาวะทั้ง 4 ครั้งไม่พบสารเสพติด ผู้ป่วยรับประทานยาต้านอาการทางจิตต่อเนื่องตามแผนการรักษา สามารถมีแนวทางการดูแลตนเองไม่ให้ใช้ยาเสพติดภายใต้ความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนที่คอยสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ในการพบกันในเดือนที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยเริ่มมีงานทำแล้ว ซึ่งบรรลุตามแผนการดูแลของแผนที่กำหนดไว้จึงปิดเคสการดูแลตามแนวคิดการจัดการรายกรณี และส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ดูแลต่อไปตามระบบกระบวนการติดตามของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีต่อไป

### 3.สรุปผลและวิเคราะห์รายงานกรณีศึกษา

กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยชายไทย ที่มีประวัติการเสพติดยาบ้าและกัญชา เป็นการใช้สารเสพติดร่วมจนเกิดอาการทางจิตเวชที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตจากการเสพติดจะทำร้ายคนในชุมชน ทำลายข้าวของ ครอบครัวซึ่งเป็นยายและป้า ซึ่งสูงวัยแล้วไม่สามารถดูแลและควบคุมพฤติกรรมอาการเสพติดได้จึงขอร้องให้ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ปกครองนำส่งโรงพยาบาลเพื่อบำบัดรักษา

กรณีศึกษาได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี (Case Management) ตามขั้นตอน และจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management Plan) ไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันรุนแรง, ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่องและระยะดูแลต่อเนื่อง และกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการดูแลไว้ตาม

ระยะเวลาที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสหสาขา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทั้ง ระยะเวลาอนพิษยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยมีผลการดูแลตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ และได้นำครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ ผู้ศึกษาในบทบาทของผู้จัดการรายกรณีได้พยายาม เชื่อมโยงให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจากการเสพติด และการดูแลต่อเนื่องทั้ง การรับประทานยารักษาทางจิตเวช การสร้างทักษะที่เหมาะสมเพื่อเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในการป้องกัน การเสพติดซ้ำและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมดูแล ป้องกันและการช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่มีเหตุ ฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและการไม่กลับไป เสพติดซ้ำ ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนมีการตอบรับและให้ความร่วมมือในการ ดำเนินกิจกรรมการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี แม้ว่า แม้ว่าจะมีปัญหาด้านการติดต่อประสานงาน และการสื่อสารในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) และยังไม่ให้ ความร่วมมือจากชุมชนในระยะแรกแต่เมื่อได้พูดคุยและให้ข้อมูลผ่านตัวแทนสาธารณสุขใกล้บ้านและผู้นำ ชุมชน จึงมีความเข้าใจมากขึ้นและเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการดูแลที่กำหนดไว้จนบรรลุผลตามเป้าหมายการจัด กิจกรรม

เมื่อสิ้นสุดการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยบอกว่า สิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม ที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาช่วย ทำให้ตนเองมีแนวทางการดำเนินชีวิตมากขึ้นทำให้ตนเองหายป่วยจากโรค ทางจิตเวชจากการเสพยาเสพติด การช่วยเหลือด้านพัฒนาทักษะที่จำเป็น โดยเฉพาะการพูดคุย ปัญหา อุปสรรคต่างๆช่วยให้ตนเองมีแนวทางที่ชัดเจน การยกตัวอย่างเหตุการณ์ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ตนเองเอาตัวรอด จากเหตุการณ์ที่ถูกเพื่อนชักชวนได้จริงๆ รวมทั้งครอบครัวและชุมชนเข้าใจตนเองมากขึ้น ไม่ต้องหลบซ่อน ระยะแรกหลังการบำบัด ตนเองรู้สึกมั่นใจมาก แต่เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านจริงๆ กลับรู้สึกหวั่นไหว และบางครั้ง ยังโหยหาคิดถึงยาเสพติดอยู่ แต่ได้เจ้าหน้าที่ ครอบครัวและคนในชุมชนให้กำลังใจ ทำให้ตนเองต้องเข้มแข็ง ให้ได้ ตนเองตั้งใจที่ได้มีที่ยืนในสังคม และได้มีโอกาสพิสูจน์ตนเองอีกครั้ง แม้ว่าตอนนี้ยังต้องรับประทานยา อยู่อย่างต่อเนื่องก็จะรักษาวินัยเรื่องการรับประทานยา ตนเองเชื่อว่า สักวันต้องหายจากอาการโหยหาเสพติดให้ได้ หากมีโอกาสจะชักชวนเพื่อนๆให้เข้าสู่การบำบัดด้วย

#### ตารางแสดง ปัญหาและอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขโดยใช้การจัดการรายกรณี

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1. มีผู้ดูแลผู้ป่วยบางส่วน เช่น พยาบาลที่หอผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้	1.พยาบาลผู้จัดการรายกรณีนิเทศ สอน ให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แจงเหตุผลที่ต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง
2. สหวิชาชีพบางส่วนไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้	2.พยาบาลผู้จัดการรายกรณีคอยดูแลกระตุ้นเตือน ถ้าไม่ได้ผล จะ นำปัญหาเข้าปรึกษาใน PCT
3.ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชนตามแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มตามสถานที่ที่กำหนดไว้ได้	3.พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ประสานขอความร่วมมือจาก ศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชนเพื่อช่วยจัดสถานที่ในการ ประชุมผู้แทนชุมชนและร่วมกลุ่มกิจกรรม ผ่านระบบ on line
4.ไม่ได้รับความร่วมมือกับตัวแทนชุมชนเพื่อเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการจัดการรายกรณีในระยะแรก	4. ประสานขอความช่วยเหลือจากศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน ในการติดต่อ อสมและผู้นำชุมชน เพื่อพูดคุยและให้เป็นสื่อกลางใน การช่วยดูแลผู้ป่วยในระยะต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ ด้านการพยาบาล

1. ผู้ป่วยยาและสารเสพติด ที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่รุนแรงซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักจะมีความยุ่งยาก ซับซ้อน พยาบาลควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ วางแผนกิจกรรมทางการพยาบาล และประเมินผลอย่างรอบด้านและเหมาะสม เพื่อประเมินความเสี่ยง โดยมีเป้าหมายที่ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิตและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น /การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่ตรงตามจริง
2. การให้ยารักษาอาการทางจิต มีผลข้างเคียงต่อร่างกายหลายระบบ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารยา และบรรเทา ป้องกันความรุนแรงจากการได้รับยา รวมทั้งอันตรายจากการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา
3. การดูแลผู้ป่วยภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณี พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องมีบทบาทที่สำคัญในการสร้าง กระบวนการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ โดยการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วย และครอบครัวในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่รุนแรงจะมีความซับซ้อนกว่าการรักษาผู้ที่มีปัญหาติดยาหรือมีความผิดปกติทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องมีการบูรณาการของการรักษาทั้งรักษาการติดยาและรักษาความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้น การดูแลจะต้องครอบคลุมปัญหาทั้งทางกาย - จิต - สังคม ผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมที่ดี ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ต้องได้รับการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นต่างๆต่อการป้องกันการติดยาหรือเจ็บป่วยทางจิตเวชซ้ำ รวมทั้งพัฒนาแหล่งสนับสนุนต่างๆเพื่อช่วยผู้ป่วยค้นหาวิถีชีวิตต่างๆเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคร่วมทั้งสองชนิด
5. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่มีประสิทธิภาพจะต้องเป็นโปรแกรมระยะยาวและต้องอาศัยกระบวนการที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อช่วยป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การบูรณาการการบำบัดอย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วย ลดการใช้สารเสพติด และคงสภาพอาการทางจิตไม่ให้อาการแย่ลงได้

## ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. องค์กรพยาบาลควรมีนโยบายพัฒนา พยาบาลวิชาชีพให้มีโอกาสทำหน้าที่ในบทบาท พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพิ่มมากขึ้นและนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน รุนแรง เน้นการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขา เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
2. ผู้ป่วยที่เสพยาและมีอาการร่วมทางจิตเวช จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชเป็นระยะเวลา ยาวนานหรือตลอดชีวิต ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมโดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะรวมทั้งการสร้างความตระหนักแก่ครอบครัวผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
3. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่รุนแรง จะสามารถส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาล มีการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่รุนแรงได้อย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เหมะรัตน์, เฟลิน เสียงโชคอยู่, อุณจิตร คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555; 26(2): 63-73.
- กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิพัฒน์. ผลการจัดการรายกรณี: แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์* 2559; 31(2): 111-9.
- บุรฉัตร จันทร์แดง.(2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงหลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ปาริชาติ ใจสุภาพ .(2547). *การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. รายงาน การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉาตยา สงห้อง. โคร่วมทางจิตเวชในผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*.2559,10(1), 52-63
- นิตยา ตากวิริยะนันท์.(2558). *การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.การนำ case management มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน. *วารสารพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*.2546,17 (1): 13-24
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวง ยุติธรรม.(2564) *กฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่* สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2565 จาก ;<https://www.oncb.go.th/Pages/main.aspx>
- อรวรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2545).*การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร; สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Case Management Association. (1994). Collaborative Case Management. Retrieved Jul 9, 2014, from: <http://www.acmaweb.org/>
- Department of mental health. Psychiatric care manual that has a Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V for institutions / hospitals Under the Department of Mental Health. Bangkok: prosperous-plus; 2018.
- Meenu Sharma, Surasak Taneapanichskul.(2008).Characteristics of aggression and violent behaviour among psychiatric inpatients in psychiatric wards of a tertiary hospital in New Delhi .*Journal of health research* ;22: 29-32