

## เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาพร้อมกับยาบ้าที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชในระยะฟื้นฟู

สมรรถภาพ : กรณีศึกษา

อภิษฎาพร ททรัพย์ประเสริฐ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

### บทคัดย่อ

ชายไทย อายุ ๒๗ ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๓ มีประวัติใช้ยาเสพติดมาประมาณ ๑๒ ปี โดยใช้กัญชาสลับยาบ้า ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ๑วัน ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีอาการ หงุดหงิด พุดคนเดียว เดินไปเดินมา อาละวาด ทำลายของในบ้าน ทวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ไม่นอน เทศบาลตำบลอรุณภูิกนำส่งเข้ารับการรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี วันที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยพุดคนเดียวมีอาการหงุดหงิด เดินไปมา ประเมิน BPRS = ๖๕ คะแนน มีอาการทางจิตในระดับรุนแรง ประเมิน VESA= ๒๐คะแนน ด้าน Violent เสี่ยงดังโวยวาย เอามือทุบบนเตียง มีความเสี่ยงในระดับสูง ผลการตรวจหาสารเสพติดทางปัสสาวะพบสาร methamphetamine Positive >๒๐๐๐ได้รับการรักษาด้วยยา Haloperidol (๕mg) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและ Valium (๑๐ mg) ฉีดเข้าเส้นเลือดจนอาการทางจิตสงบ แพทย์ให้การรักษาต่อด้วยยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic) ยาต้านเศร้า(antidepressants) ดูแลความเสี่ยงเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาต้านทางจิต รวมทั้งอาการถอนพิษยา เมื่อมีอาการดีขึ้น จึงสร้างแรงจูงใจเพื่อย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพรวมอยู่บำบัดด้วยยา ๑๔ วัน จึงย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้รูปแบบ FAST Model เป็นระยะเวลา ๑๑๗ วัน มีการพัฒนาพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบ มีมนุษยสัมพันธ์และการจัดด้านอารมณ์ได้ดีขึ้น มีเป้าหมายชีวิตจึงจำหน่ายส่งติดตามรวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ๑๓๑ วัน

### abstract

Nursing care of cannabis and methamphetamine use with psychiatric-complications in rehabilitation phase : case study

Apiyapat Supprasert

Registered Nurse; Professional level

The princess mother national institute on drug abuse treatment. The patient is a ๒๗ year old. Thai male Single status graduated from middle school, has a history of using drugs for about ๑๐ years, using marijuana in alternating with methamphetamine,

mostly using methamphetamine. Patients use drugs until he is unable to control himself. One day before admit to Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, the patient had got psychiatric symptoms as follow ; irritability, talking to someone who doesn't exist, walking around rampantly, destroying things in the house. As well as a paranoia idea and delusion that people would come to harm him, insomnia. Aranyik town municipality took him for treatment at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment on December ๒๒, ๒๐๒๑. The first symptoms was a patient monologue Irritability, walking around, At the beginning of treatment, he got ๖๕ point from BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) which mean highly of psychotic symptoms and also got ๒๐ point which mean high risk level in VESA test, Methamphetamine test results Positive > ๒๐๐๐. He was treated with Haloperidol (๕ mg) intramuscularly and Valium (๑๐ mg) intravenous until the psychosis calmed. The doctor continued treatment with antipsychotic drugs and antidepressants. Nursing care monitored antipsychotic drug risks and drug withdrawal symptoms. His psychosis and drug withdrawal symptoms improved, was motivated to enter the rehabilitation phase, a total of ๑๔ days of drug therapy, and then enter the rehabilitation phase modified using the FAST Model in a period of ๑๑๗ days, therefore improved and sent for follow-up. Total length of stay in the hospital was ๑๓๑ days.

Keyword: cannabis, amphetamine psychotic

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนตื่นตัวให้ความสำคัญกับปัญหายาเสพติดมากขึ้น เนื่องจากยาเสพติดก่อให้เกิดผลร้ายทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ชีวิตตนเองและบุคคลรอบข้าง ส่งผลต่อด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง เช่น ขาดความรับผิดชอบต่อตนเองเมื่อใช้ยาเสพติดมากขึ้น เนื่องจากยาเสพติดก่อให้เกิดผลร้ายทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ชีวิตตนเองและบุคคลรอบข้าง ส่งผลต่อด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง เช่น ขาดความรับผิดชอบต่อตนเองเมื่อใช้ยาเสพติดต่อเนื่องไปในระยะเวลานาน เช่น ยาบ้า ไอซ์ กัญชา มักส่งผลให้เกิดภาวะทางจิตที่อาจเป็นโรคจิตเวชถาวร ได้ ซึ่งจะเป็นการดูแลที่ยุงยากภายหลังกลับไปอยู่กับครอบครัว อาจทำให้ครอบครัวไม่มั่นใจในการดูแล การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด มิใช่เพียงแต่รักษาอาการขาดยาหรืออาการทางกายเท่านั้น เพราะสาเหตุที่ทำให้บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดเกิดจากหลายสาเหตุ (Multi Cause) ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ ทักษะคิด ความโน้มเอียงทางจิตใจที่จะกระทำผิด อารมณ์ บุคลิกภาพ วุฒิภาวะ การเรียนรู้ แรงจูงใจเกี่ยวกับรายได้ ความต้องการ ความกดดัน ซึ่งในปัจจุบันพบว่า มีการใช้ยาเสพติดหลายชนิดเพิ่มขึ้น พบว่ามี

กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดประเภทยาบ้า กัญชาซึ่งกลุ่มที่เข้ารับบริการ ตามรายงานการให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปีงบประมาณ ๒๕๖๓- ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วยเสพยาเสพติดยาบ้า ๑,๙๕๖, ๑,๒๘๗, และ ๑,๖๙๙ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๘๓.๒๗, ๗๑.๕๙ และ ๖๖.๔๔ ตามลำดับ กัญชา พบ ๓๓๑, ๓๐๖, และ ๕๓๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๘๐, ๑๔.๓๗ และ ๑๘.๘๑ ของจำนวนประเภทสารเสพติดทั้งหมดการบำบัดรักษาโดยการให้ยารักษาเพื่อลดอาการขาดยา หรือรักษาอาการทางกาย เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นพร้อมเข้าสู่ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นขั้นตอนสำคัญ เพราะปัญหาของผู้เสพยาเสพติดยาบ้า ๑,๙๕๖, ๑,๒๘๗, และ ๑,๖๙๙ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๘๓.๒๗, ๗๑.๕๙ และ ๖๖.๔๔ ตามลำดับ กัญชา พบ ๓๓๑, ๓๐๖, และ ๕๓๑ คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๘๐, ๑๔.๓๗ และ ๑๘.๘๑ ของจำนวนประเภทสารเสพติดทั้งหมดการบำบัดรักษาโดยการให้ยารักษาเพื่อลดอาการขาดยา หรือรักษาอาการทางกาย เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้นพร้อมเข้าสู่ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นขั้นตอนสำคัญ เพราะปัญหาของผู้เสพยาเสพติดยาบ้าไม่ได้มีเพียงความต้องการเสพยาเพียงด้านเดียว แต่มาพร้อมปัญหาหลักที่ทำให้ตนเองไปใช้ยาและสารเสพติด และปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด ปัญหาครอบครัวความยากจน ไม่ได้เรียนหนังสือเร่ร่อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นทั้งเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหา และผลกระทบจากปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้ง ในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ประเทศชาติ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรด้านสุขภาพต้องให้ความสนใจ

ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต้องมีความรู้ชำนาญเฉพาะทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดอย่างรอบด้าน ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการ ด้านยาเสพติดทักษะ ประสบการณ์ ตัวตนและจิตวิญญาณของพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติด ผู้ศึกษาในบทบาทของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดยาบ้าร่วมกับกัญชามีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ : กรณีศึกษา บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้เรื่องกัญชา ยาบ้า ภาวะจิตเวช แนวคิดเกี่ยวกับผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีภาวะทางจิตจากการใช้ยาเสพติด บทบาทของพยาบาลในด้านต่างๆที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติด โดยมีกระบวนการที่สำคัญ คือ การปรับพฤติกรรม เข้าใจธรรมชาติผู้ป่วยยาเสพติด มีทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน การทำงานร่วมสหวิชาชีพ โดยยึดเป้าหมายที่ตัวผู้ป่วย การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมี ผู้ศึกษา (พยาบาลวิชาชีพ) เป็นผู้ประสานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อประโยชน์และเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างต่อเนื่องแบบ seamless care นำไปสู่การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดกัญชาพร้อมกับยาบ้าที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ: กรณีศึกษา
๒. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดกัญชาพร้อมกับยาบ้าที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

## วิธีการดำเนินการศึกษา

๑. คัดเลือกผู้ป่วยเสพติดกัญชาพร้อมกับยาบ้าที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคทางจิตเวชในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
๒. สัมภาษณ์ญาติ ชักประวัติจากตัวผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนตามทฤษฎีของกอร์ดอนควบคู่กับเวชระเบียน บันทึกรายงานผลตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์ ผลการประเมินทางจิตวิทยา
๓. ศึกษาเอกสารงานด้านยาเสพติด ตำรา บทความรู้ทางวิชาการ งานวิจัย
๔. วิเคราะห์ข้อมูลนำมาวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลตามแผน ติดตามประเมิน สรุปผลกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ ๒๗ ปี สถานภาพโสดการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ ประวัติการเสพยาเสพติดใช้กัญชาสูบอายุ ๑๕ ปีใช้บ้างหยุดบ้างจนถึงปัจจุบัน ใช้ยาบ้าสูบ เมื่ออายุ ๑๗ ปีจนถึงปัจจุบันเป็นเวลา ๑๐ ปี เข้ารักษาครั้งแรก กัญชาใช้ครั้งสุดท้าย ๒สัปดาห์ก่อนมายาบ้าครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๔

๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหงุดหงิด เดินไปมา พูดคนเดียว อาละวาดทำลายข้าวของ มีพฤติกรรมก้าวร้าว

อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยพูดคนเดียว มีอาการหงุดหงิด เดินไปมา ประเมิน BPRS = ๖๕ คะแนน มีอาการทางจิตในระดับรุนแรง ประเมิน VESA = ๒๐ คะแนนในด้านพฤติกรรมอะอะ อาละวาด โวยวาย มีความเสี่ยงในระดับสูง การวินิจฉัยโรค Cannabis with Amphetamine use Disorders induced Psychosis

### การประเมินสภาพร่างกาย

ย้ายจากบำบัดด้วยยา วันที่ ๕ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๕

สภาพร่างกายทั่วไป : รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ผอมสั่น น้ำหนัก ๕๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร

BMI = ๑๙.๙๒

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๒ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๕ มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : มีความชุ่มชื้น ยืดหยุ่น ไม่พบรอยขีดข่วนเลือดตามผิวหนัง เล็บสั้น มีสีชมพู

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะสมมาตรปกติ หูตาสมมาตร ไม่มีบาดแผล

ไหล่และแขน : ปลายมือ ๒ข้างสั้นเล็กน้อย หัวไหล่ไม่ตอกอยู่ในระดับเดียวกันทั้ง ๒ ข้างสามารถหมุนหัวไหล่ได้ทางเดินหายใจและทรวงอก : หน้าอกอยู่ในระดับเดียวกัน สมส่วน ขณะหายใจเข้ามีการขยายของอกเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ

หัวใจหลอดเลือด : ฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ๘๔ ครั้ง/นาที ไม่มีเสียงฟู่ (MURMUR)

ทางเดินอาหารและหน้าท้อง : หน้าท้องเรียบ เคลื่อนไหวตาม จังหวะหายใจฟังเสียง Bowel's sound ปกติ เคาะตรวจ Fluid thrill ไม่พบแรงสะท้อนของน้ำและ Shifting dullness ตะเคียงซ้ายเสียงโปร่งด้านบน (Lt) คลำไม่พบก้อนตับและม้ามไม่โต หน้าท้องนุ่มไม่แข็งตึงกดไม่เจ็บ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ดูด้วยตาไม่พบความผิดปกติ Ankle ทดสอบความแข็งแรง กล้ามเนื้อ และเข้าเคลื่อนไหวได้ดี จะมีอาการเจ็บปวดข้อเท้าซ้ายเวลาเดิน ด้านแรงไม่ดี

ระบบประสาท : พุดคุยรู้เรื่องดี การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ

ระบบต่อมไร้ท่อ : ไม่พบความผิดปกติของต่อมไทรอยด์

### การประเมินแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ : รับรู้ว่าตนเองติดยา ไม่คิดว่าเป็นปัญหา ไม่สนใจสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ๑ ปีก่อนเข้าบำบัดผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ชน จนข้อเท้าข้างซ้ายร้าย เข้าเผือกที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้ ๑ เดือน ผู้ป่วยรำคาญจึงถอดเผือกออก ปัจจุบันจะมีอาการปวดบวมเป็นระยะเมื่อต้องเดินระยะไกล

แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ : รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ๑-๒ มื้อ/วัน

แบบแผนการขับถ่ายของเสีย : ขับถ่ายอุจจาระวันละ ๑ ครั้ง ปัสสาวะวันละ ๔-๕ ครั้ง

แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย : ขณะผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ข้างนอกไม่มีการออกกำลังกาย

แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน : ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ข้างนอกจะนอนไม่เป็นเวลา และจะนอนกลางวัน

แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ : แกรับไม่ปกติ มีหูแว่ว ได้ยินเสียงคนตีระนาด พบภาวะหลงผิดคิดว่าตุ๊กตาเป็นแม่ มีหวาดระแวงกลัวถูกจับ มีอาการอะอะอาละวาดทำร้ายข้าวของ

แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ : ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดที่พึ่งที่ปรึกษา มีความรู้สึกขาดความรัก มีสีหน้าที่แสดงการท้อแท้สิ้นหวัง อยากกลับบ้าน อยากไปอยู่กับพ่อ

แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ : ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นลักษณะห่างเหินผู้ป่วยจะถูกทิ้งให้อยู่กับอา

แบบแผนเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์:ไม่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ สนใจแต่เรื่องการใช้ยาเสพติด

แบบแผนการเผชิญกับความเครียด : ขณะอยู่บ้านเวลาเครียดจะไม่คุยกับใคร จะแก้ปัญหาโดยการใช้อายาเสพติด ไม่สนใจคำตักเตือน เลือกทำตามใจตนเอง

แบบแผนความเชื่อและค่านิยม : มีความเชื่อว่ายาเสพติดช่วยคลายเครียดได้

การประเมินอาการทางจิต ( วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๕ )

สรุปผลการทดสอบ Projective test

จากการทดสอบพบพยาธิสภาพทางจิต (Psychotic sign) เนื่องจากพบลักษณะ Emotional Disturbance ยังสามารถรับรู้ความจริงได้ ซึ่งทำให้ในขณะนี้ผู้ป่วยยังสามารถควบคุมความคิดที่บิดเบือนได้ ปัญหาที่พบเป็นบุคลิกลักษณะตัว (introvert) , วิตกกังวล (Anxiety) , ก้าวร้าว(Aggressive), รู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) และมีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ห่างเหินและไม่ทำให้รู้สึกอบอุ่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหากับการจัดการกับอารมณ์และการปรับตัวโดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นเร็วมากจะมีแนวโน้มที่จะแสดงความก้าวร้าวออกมาได้

### การตรวจทางห้องปฏิบัติ ๒๒ ธค ๒๕๖๔

Methamphet Positive >๒๐๐๐ ในปีสภาวะ

THC Negative ในปีสภาวะ

ผล CBC พบ Monocyte ๘ สูงกว่าค่าปกติ (๒-๗ %)

ผล UA ค่าปกติ

CXR No active pulmonary disease

### การประเมินอาการทางจิต

Orientation : รับรู้ปกติในเรื่อง วัน เวลา สถานที่

Hallucination : มีหูแว่วได้ยินเสียงคนตำ บ้างครั้งได้ยินเสียงตีระนาด

Delusion : คิดว่าตุ๊กตาเป็นแม่เรียก “หม่อมแม่”

Judgment : การตัดสินใจ ไม่สมเหตุผล ตัดสินใจตามอารมณ์และความรู้สึก

๒Q = ๑ ๙Q = ๑๒ ๘Q = 0

### สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกบำบัดด้วยยาเมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔ แรกรับมาด้วยอาการพูดคนเดียว เดินไปมา หูแว่ว หวาดระแวง มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำลายของในบ้านประเมินอาการแรกรับอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๕ มม.ปรอท ประเมิน BPRS = ๖๕ คะแนน มีอาการทางจิตในระดับรุนแรง ประเมิน VESA = ๒๐ คะแนน มีความเสี่ยงในระดับสูง ได้รับการรักษาให้ Haldol ๕ mg IM และ Valium ๑๐ mg IV ทันที ที่ห้องฉุกเฉิน เข้าบำบัดอยู่ในระยะถอนพิษยาโดยแพทย์ให้การรักษาต่อยาต้านอาการทางจิต (antipsychotic) ยาต้านเศร้า (antidepressants) ให้การพยาบาลภาวะทางจิตจนอาการดีขึ้นสร้างแรงจูงใจเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพรวมอยู่บำบัดด้วยยา ๑๔ วัน ย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๕

ผู้ป่วยแรกรับถามตอบตรงคำถาม สีหน้าเคร่งขรึม ยังมีหูแว่ว เสียงคนคุยกัน ได้ยินเสียงลุงตำ หงุดหงิดเล็กน้อย ในระยะ ๑ - ๒ สัปดาห์แรก ระหว่างอยู่ระยะฟื้นฟูผู้ป่วยมีความกังวล เรื่องอยากกลับบ้าน คิดถึงพ่อ เป็นระยะ ได้รับการดูแลตามโปรแกรม FAST model มีพฤติกรรมดีขึ้นเป็นลำดับ มีการนำสมาชิกพี่ร่วมดูแลวางแผนร่วมกันประสานกับหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และครอบครัวในการวางแผนดูแลต่อเนื่องรวมระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล ๑๓๑ วัน

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเนื่องจากการรับรู้ผิดปกติ

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอก มีหูแว่วได้ยินเสียงลุงตำว่าทำไม่ดี

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าที่ทางหวาดระแวง

O : การทดสอบ Projective test พบว่าผู้ป่วยมีลักษณะ Emotional Disturbanceพบลักษณะบุคลิกภาพแบบก้าวร้าว(Aggressive) รู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility )

O : ประเมิน BPRS = ๖๕ คะแนน VESA = ๒๐ คะแนน ด้านพฤติกรรมเอะอะ โวยวาย

วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้เกิดการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

## กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการไว้วางใจ
๒. ประเมินความคิดของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน VESA เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวัง
๓. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีสิ่งของที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่น หรือสิ่งกระตุ้นที่จะนำมาเป็นอาวุธ เช่น มีด ไม้ แก้ว เชือก
๔. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความคิดและความรู้สึก
๕. หลีกเลี่ยงการจับต้องตัวผู้ป่วย และไม่ใช้ภาษาหรือกิริยาที่ทำให้ผู้ป่วยสงสัยหรือตีความไม่ชัดเจน
๖. หลีกเลี่ยงการหัวเราะการพูดกระซิบกับบุคคลอื่นต่อหน้าผู้ป่วยหรือแสดงพฤติกรรมดังกล่าวให้ผู้ป่วยเห็นเพื่อป้องกันการเกิดความคิดหวาดระแวงเพิ่มขึ้น
๗. พูดคุยแนะนำและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยลดความเครียด
๘. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา Sertraline (๕๐mg) ๑ ๑ OD pc
๙. เฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงจากการรับรู้ที่ผิดปกติ

## ประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นไม่เกิดการทำร้ายตนเองและผู้อื่น รู้สึกตัวดี โต้ตอบเจ้าหน้าที่อย่างเป็นมิตร  
ยังมีอาการหลงผิดอยู่ VESA = ๕ คะแนน (ระดับเล็กน้อย)

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒.** เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต

(Antipsychotics Drugs)

## ข้อมูลสนับสนุน

- O: ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Antipsychotics Drugs  
Risperidone ๒ mg ๑x ๓ ๑ pc , Halo ๕ mg IM stat  
Valium ๑๐ mg v stat

## วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงที่ได้รับยาต้านโรคจิต (Antipsychotics Drugs)

## เกณฑ์การประเมินผล

ไม่พบอาการ EPS หรืออาการ Torticollis ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง

## กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินและสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านโรคจิต เช่น อาการ Extra Pyramidal Syndrome และ Monitor Vital sign เพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียง ตั้งแต่เริ่มให้ยา
๒. แนะนำผู้ป่วยในการเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจาก Postural hypotension เช่นการหกล้มและได้รับบาดเจ็บ
๓. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็งคอแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก กระจกกระส่ายหากพบมีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทันที เพื่อการดูแลรักษาต่อไป

๔. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

๕. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาร่วมกันกับยาลดกรด (antacids) เนื่องจากจะไปลดการดูดซึมของยาในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา

๖. จัดสิ่งแวดล้อมเช่นปิดไฟบริเวณหัวเตียงเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ

### ประเมินผล

หลังได้รับยาแล้ว ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่พบอาการ Torticollis ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ไม่พบภาวะ EPS

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๓.** บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพเนื่องจากขาดความไว้วางใจผู้อื่น

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกได้ยินเสียง “คนมาดำ ”

O : มีภาวะหวาดระแวง เวลาพูดคุยจะมองหันซ้ายขวา

O : การทดสอบ Projective ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้กลไกทางจิตแบบเก็บกด (repression) และหลีกเลี่ยง(Avoidance ) ซึ่งทำให้เกิดความคับข้องภายในจิตใจและส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้าน อารมณ์ ปัญหาในการปรับตัวและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

O : พฤติกรรมแยกตัว แอบไปนั่งอยู่มุมห้องในตึกกิจกรรม

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย จากภาวะหวาดระแวง ได้รับการเสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีการพูดคุยได้โดยไม่แสดงอาการหวาดระแวง มีการพูดคุยกับผู้ป่วยอื่นมากขึ้น ไม่แยกตัว

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างความไว้วางใจในการติดต่อกับ ผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว (one to one relationship) โดยเน้นการ สร้างความไว้วางใจและความเชื่อถือ ทุกครั้งที่พบกับผู้ป่วยยอมรับผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อให้ ถูกต้องรับฟังเรื่องราวอย่างสนใจเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

๒. การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องเปิดเผยรักษาคำพูดให้ข้อมูลอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมาหลีกเลี่ยงการจ้องมองหน้า ไว้วางใจ ไม่หัวเราะใน พฤติกรรมผู้ป่วย

๓. แสดงการยอมรับอาการประสาท หลอน หรือหวาดระแวงของผู้ป่วย โดยไม่ได้แย้งหรือท้าทายว่าที่ผู้ป่วยเล่าไม่เป็น ความจริง แต่แสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งได้ โดยใช้เทคนิคการให้ความจริง (presenting reality) ในขณะการสนทนา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าความคิดที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและหวาดระแวงน้อยลง

๔. ไม่แสดงกิริยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิด ความสงสัยหรือไม่มั่นใจ ระมัดระวังการ กระซิบต่อหน้า ผู้ป่วย เพราะผู้ ป่วยอาจ เข้าใจว่าพยาบาลนินทา หรือระแวง

๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อช่วยลดอาการหวาดระแวง



## ประเมินผล

ไม่พบภาวะหวาดระแวงหู่แว่ว

ผู้ป่วยเข้าใจและมีความมั่นใจมากขึ้น ขณะพูดคุยไม่หันมองซ้ายขวา สบตาเวลาพูด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๔. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำอะไรไม่สำเร็จ

S : ผู้ป่วยเล่าว่า ถูกพ่อไล่ออกจากบ้าน

O : สีหน้าซีมเศร้า

O : แยกตัวเองไม่ค่อยพูดคุยกับเพื่อน

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมองตนเองในทางบวกได้

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ไม่แยกตัว พูดคุยกับเพื่อน
๒. บอกข้อดีและข้อเสียของตนเองได้

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง
๒. ให้ผู้ป่วยสำรวจข้อดี และข้อเสียของตนเอง
๓. ประเมินความคิดของผู้ป่วยทั้งทางด้านบวกและลบที่มีต่อตนเอง แล้วเสริมสร้างความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าโดยชี้ให้เห็นข้อดีของตนเอง
๔. ให้การ Empowerment กับผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ เก่ง
๕. มอบหมายงานที่สามารถทำได้ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ
๖. สนับสนุนและชมเชยทันทีที่ผู้ป่วยทำงานได้สำเร็จ
๗. ประเมินอาการและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
๘. บันทึกทางการพยาบาล

### การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้นมีการพูดคุยปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นได้ดีขึ้น
๒. บอกข้อดีได้ว่า เป็นคนไม่ว่าใคร และข้อเสียของตนเองเป็นคนเงียบไม่ยุ่งกับใคร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๕ เสี่ยงต่อการอยู่บำบัดรักษาไม่ครบกำหนด เนื่องจากมีความวิตกกังวล และอยากกลับบ้าน

### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า อยากกลับไปอยู่ข้างนอกเหมือนเดิม เพราะอยู่ที่นี่ ”ผมไม่มีเงินใช้จ่ายระหว่างอยู่”
- S : ผู้ป่วยบอกอยากมีอิสระ บ่นอยากกลับบ้านเป็นพักๆ
- O : ตั้งแต่เข้ารับการบำบัดเพื่อโทรศัพท์มา ๒ - ๓ ครั้ง

## วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาครบตามกำหนด

## เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถยินยอมอยู่บำบัดรักษาตามกำหนด มีสีหน้าสดชื่น เข้าใจถึงเหตุผลที่ยังไม่สามารถกลับบ้านได้ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้

## กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความวิตกกังวล
๒. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่กังวลใจหรือไม่สบายใจ
๓. รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจและเอาใจใส่ต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย
๔. อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการบำบัดรักษา และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่ออยู่บำบัดครบตามแผนการรักษาของแพทย์
๕. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยจะกลับบ้านได้ต้องมีการพูดคุยวางแผนการจำหน่ายร่วมกันระหว่างแพทย์ ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ก่อน
๖. แนะนำผู้ป่วย เรื่องการติดต่อญาติ โดยผ่านการช่วยเหลือของนักสังคมสงเคราะห์
๗. แนะนำให้ผู้ป่วยอดทนเพราะความรู้สึกเบื่อหน่ายเกิดขึ้นได้กับทุกคน ให้ทำใจให้สบายไม่เครียด ถ้าความรู้สึกดีขึ้นอาจจะไม่อยากกลับบ้านก็ได้
๘. แนะนำให้มีการพูดคุยระบายความรู้สึกในกลุ่มจิตบำบัด
๙. ดูแลและจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามตารางกิจกรรมทุกครั้ง
๑๐. แนะนำให้หากิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจเรื่องอยากกลับบ้าน เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ ดูทีวีและทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยอื่น
๑๑. พุดคุยให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง
๑๒. จัดพี่เลี้ยง(Buddy) ช่วยดูแล สังเกตพฤติกรรมและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการหลบหนี
๑๓. ประสานนักสังคมสงเคราะห์เรื่องการติดตามญาติของผู้ป่วยตามข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย
๑๔. บันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

## ประเมินผล

ผู้ป่วยยินยอมอยู่รับการบำบัดรักษา มีความตั้งใจในการบำบัดดีขึ้นมีสีหน้าสดชื่น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการติดต่อจากพ่อ จะมารับพร้อมกับหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดอยุธยา บิดาไม่มาเยี่ยมและแจ้งว่าจะติดต่อกับมาแจ้งกำหนดวันที่หลัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๖ สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง

## ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยอยู่กับอา พ่อออกไปขายของต่างจังหวัด นาน ๆ จะกลับบ้าน
- S : ผู้ป่วยบอกว่า พ่อไม่เคยทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว
- S : ผู้ป่วยบอกว่าอยากให้บิดามาเยี่ยม

- : จากการทดสอบ Projective test พบข้อบ่งชี้ถึงความพยายามเก็บกักความรู้สึกต้องการ  
ความรักความอบอุ่น ซึ่งเกิดสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวที่ห่างเหินและไม่ทำให้รู้สึกอบอุ่น

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนดูแลจากครอบครัว

### เกณฑ์การประเมินผล

ครอบครัวให้ความสนใจผู้ป่วย มาเยี่ยม ติดต่อกับและให้การช่วยเหลือขณะบำบัดรักษา

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการซักถามผู้ป่วย
๒. ติดต่อบริษัทหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อช่วยติดตามบิดาของผู้ป่วย  
ให้มาเยี่ยมหรือติดต่อมาพูดคุยกับผู้ป่วย
๓. ซักจูงผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีเวลาว่าง คิดกังวล และให้รู้แนวทางในการแก้ไข  
ปัญหาที่เกิดขึ้นได้
๔. พูดคุยให้กำลังใจและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
๕. ให้คำแนะนำบิดาโทรศัพท์มาให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่ดีขึ้น
๖. แนะนำให้บิดา มีการสื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย เช่นการพูดให้กำลังใจชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่  
ตำหนิโดยไม่บอกเหตุผล
๗. นำพ่อและผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมวันครอบครัว
๘. บันทึกทางการพยาบาลถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย

### การประเมินผล

บิดาได้โทรศัพท์ติดต่อมา พูดคุย กับผู้ป่วย ๑ ครั้งและส่งเงินให้ผู้ป่วยนานๆครั้ง เนื่องจากบิดาแจ้งว่า  
รายได้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจบิดามากขึ้น มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๗** ขาดเป้าหมายและแนวทางในการดำเนินชีวิต

#### ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำนวน ๓ ชนิด คือ บุหรี่ ยาบ้า และกัญชา
- : ผู้ป่วยขาดครอบครัวสนับสนุน
- S : ผู้ป่วยบอก “ยังไม่คิดค่อย ออกจากโรงพยาบาลก่อน ”

### วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตได้อย่างชัดเจน

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกเป้าหมายแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเองได้

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย
๒. สร้างกับบรรยากาศในการรักษาให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการบำบัดรักษา

๓. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเพื่อให้มองเห็นตนเองและเข้าใจตนเองมากขึ้น เพื่อสร้างให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีประโยชน์และสามารถที่จะดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพายาเสพติด

๔. ให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเปิดโอกาสได้ระบายปัญหาต่างๆ และตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

๕. แนะนำให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในชีวิตร่วมกันกับครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนและเป็นไปได้มากที่สุด

๖. ให้ผู้ป่วยเลือกเป้าหมายในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

๗. ให้คำปรึกษาครอบครัวและนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเพื่อมีส่วนร่วมที่จะเตรียมความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

๘. บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

**ประเมินผล** หลังจากที่มีการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูร่วมกับบิดาของผู้ป่วยผู้ป่วยสามารถบอกเป้าหมายและแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเองจะไปช่วยบิดาชายของ

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๘** ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : บิดาบอกว่า“ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร”

O : เมื่อผู้ป่วยมีอาการจากการใช้ยาเสพติด บิดาใช้วิธีไล่ออกจากบ้าน

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

**เกณฑ์การประเมินผล**

ครอบครัวสามารถบอกความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยได้

**กิจกรรมการพยาบาล**

๑. ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

๒. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับผลเสียของยาเสพติด เน้นให้ตระหนักถึงความรุนแรงเกี่ยวกับการทำลายสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจถ้าไม่สามารถเลิกได้เด็ดขาดจะมีอาการที่รุนแรงขึ้นและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

๓. อธิบายความสำคัญของครอบครัวในการป้องกันการติดยาของผู้ป่วย และอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจเรื่องการติดยาเสพติดว่าเป็นโรคชนิดหนึ่งที่สามารถรักษาให้หายได้

๔. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และทราบแผนการรักษาที่ชัดเจน

๕. ให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเปิดโอกาสได้ระบายปัญหาต่างๆ เพื่อตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

๖. แนะนำให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในชีวิตร่วมกันกับครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนและเป็นไปได้มากที่สุด

๗. ให้คำปรึกษาครอบครัวและนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเพื่อเตรียมพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

๘. บันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

### ประเมินผล

ครอบครัวมีความมั่นใจในการที่จะรับผู้ป่วยไปดูแล โดยวางแผนร่วมกับหน่วยงานพัฒนาทางสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจะเป็นผู้ประสานพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ส่วนผู้ป่วยมีความตั้งใจในการอยู่รับการบำบัดรักษาตามกำหนด ไม่มาซักถามเรื่องกลับบ้านกับพยาบาลอีก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๙ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ

### ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยมีภาวะทางจิต ขณะอยู่บ้านเวลาเครียดจะไม่คุยกับใคร จะแก้ปัญหาโดยการใช้ยาเสพติด
- : มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติดหลายชนิด คือ บุหรี่ ยาบ้า และกัญชา
- : ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มียาเสพติดแพร่ระบาด

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม โดยไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

### เกณฑ์การประเมินผล

๑. บอกโทษพิษภัยเกี่ยวกับยาเสพติดได้มากขึ้น
๒. บอกวิธีการดูแลตนเอง/การหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้
๓. มีความมั่นใจในตนเองไม่กลับไปเสพซ้ำ
๔. มีการวางแผนอนาคตตนเอง

### กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และสร้างความคุ้นเคยกับบรรยากาศในการรักษา

๒. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเพื่อให้สามารถมองเห็นตนเองและเข้าใจตนเองมากขึ้น เพื่อสร้างให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีประโยชน์และสามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม โดยไม่พึ่งพายาเสพติด

๓. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มฝึกทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการปฏิเสธยาเสพติด ทักษะการควบคุมอารมณ์เพื่อเพิ่มพลังในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

๔. ให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเปิดโอกาสได้ระบายปัญหาต่างๆ และตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

๕. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและตัวผู้ป่วยเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

๖. ให้คำปรึกษาครอบครัวและนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเพื่อเตรียมพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

๗. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับผลเสียของการใช้ยาบ้าและกัญชา เน้นให้ตระหนักถึง

ควรรุ่นแรกเกี่ยวกับการทำลายสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยกำลังประเชิญอยู่ ถ้าไม่สามารถเลิกได้  
เด็ดขาด จะมีอาการที่รุนแรงขึ้นและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

๘. ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันเพื่อลดการคิดถึง  
หรือการอยากใช้ยาเสพติด

๙. อธิบายความสำคัญของครอบครัวในการป้องกันการติดยาของผู้ป่วย และอธิบายให้ครอบครัว  
เข้าใจเรื่องการติดยาเสพติดว่าเป็นโรคชนิดหนึ่งที่สามารถรักษาให้หายได้

๑๐. แนะนำให้ผู้ป่วยวางแผนเป้าหมายในชีวิตร่วมกับครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นเป้าหมายในชีวิตที่  
ชัดเจนและเป็นไปได้มากที่สุด

๑๑. ให้ความรู้แก่ญาติเรื่องกรณี ผู้ป่วยเสพติดควรดำเนินการอย่างไรที่จะนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการ  
บำบัดเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

๑๒. เน้นญาติเรื่องการดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่องและต้องมารับการติดตามผล ในกรณีผู้ป่วยมีอาการ  
ทางจิตให้รีบนำมารับการรักษาก่อนนัด

๑๓. ให้ความรู้แหล่งที่ญาติจะขอความช่วยเหลือในกรณีที่ ไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้ เพื่อจะได้  
ช่วยเหลือทันทีก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง

๑๔. บันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

## ประเมินผล

ในระหว่างบำบัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดและได้เรียนรู้ทักษะต่าง ๆ เช่น ทักษะการปฏิเสธ  
ทักษะการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี สามารถบอกถึงวิธีการแก้ปัญหาและการปฏิเสธได้ จากการ  
ให้ความรู้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงโทษและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการเสพยาเสพติดแต่ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วย  
วางแผนการใช้ชีวิตได้ว่าจะกลับไปอยู่กับพ่อและเชื่อฟังคำแนะนำของพ่อ

## ข้อวิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำสูงและอาจส่งผลให้มีอาการทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น หาก  
ปล่อยผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ครอบครัวไม่ดูแลรวมถึงหน่วยงานภาครัฐ เช่น หน่วยงานพัฒนาสังคมและความ  
มั่นคงของมนุษย์ เทศบาล และผู้นำชุมชน ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ ไม่ให้ความช่วยเหลือดูแลป้องกัน  
อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำและเกิดอันตรายจากการมีอาการทางจิตที่รุนแรงจน ทำร้ายตนเองหรือ  
ผู้อื่นสร้างความเดือดร้อนให้กับคนในชุมชนได้

## ด้านการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยมีประวัติเสพยาติดมานานจนมีอาการทางจิตร่วมด้วยควรได้รับการประเมินให้ครอบคลุม  
ทั้งปัญหาการเสพยาเสพติด ปัญหาทางจิตเวช อาการทางจิตที่เกิดขึ้นปัญหาการทำร้ายตนเอง รวมถึงปัญหา  
ครอบครัวพยาบาลต้องมีการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกมิติและให้การช่วยเหลือให้ตรงกับปัญหา  
ของผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีทางจิตเวช ครอบครัวศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดและจิตเวช

๒. เมื่ออาการทางจิตสงบลงควรประเมินปัจจัยทางจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อผู้ป่วยและ

ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเลิกยาเสพติดการเชื่อมโยงระหว่างการเสพกัญชาเข้ากับอาการทางจิตและปัญหาต่างๆเพื่อนำมาอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ ควรเสริมทักษะในการจัดการการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดเสริมสร้างความรู้มีการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

๓. ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช พยาบาลควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยาทางจิตเวชอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะ ๑ - ๓ วันแรกต้องเฝ้าระวัง Extrapyrarnidal Symptoms, Neuroleptic Malignant Syndrome(NMS) หากพบอาการดังกล่าวควรรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาไม่ให้เกิดอาการรุนแรงเพื่อผู้ป่วยปลอดภัย

๔. จากข้อมูลทางวิชาการพบว่าลักษณะการดำเนินของโรคจิตจากการใช้เมทแอมเฟตามีนจะมีอาการในระยะสั้นและตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต แต่ก็พบว่าในผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีอาการโรคจิตอาจดีขึ้นช้า แม้ว่าจะหยุดเสพเมทแอมเฟตามีนและรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตอยู่ก็ตาม ผู้ที่เสพหนักเสพนานปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ได้แก่การกลับไปเสพซ้ำ แม้ในปริมาณน้อยกว่าเดิมพยาบาลควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งความจำเป็นของการมาติดตามผลการรักษาเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

๑. การให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาการสังเกตผลข้างเคียงของยา ความจำเป็นในการมาติดตามวางแผนจำหน่าย

๒. เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางยาจนอาการทุเลาแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการเลิกยาเสพติดแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกตามความเหมาะสมดังนั้นพยาบาลจึงต้อง ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด แนวทางการแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้

### ด้านนโยบาย

๑. ควรมีการอบรมความรู้เรื่องยาทางจิตเวชเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาทางจิตเวชซึ่งยามีผลข้างเคียงพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องเหล่านี้เพื่อเฝ้าระวัง ติดตามอาการผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือให้ปลอดภัย

๒. พัฒนาศูนย์การหรือทีมการพยาบาลในการบริหารจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลได้รับความปลอดภัย

๓. การจัดการอัตรากำลังและการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย โดยการศึกษาภาระงานและสัดส่วนเวลาการให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตที่มีประสิทธิภาพ

๔. การจัดเวทีกแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดตั้งชมรมนักการพยาบาลปฏิบัติการผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต จะเป็นการส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตได้อย่างต่อเนื่อง

๕. องค์กรพยาบาลควรมีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาศูนย์การด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตอย่างทั่วถึงเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้กระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้องและประยุกต์แนวคิดทฤษฎีไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามที่ตามค่านิยมขององค์กรอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง  
 ดังนั้นพยาบาลจะต้องผสมผสานความรู้เรื่องยาเสพติดทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติดและการพยาบาลจิตเวช ซึ่ง  
 พยาบาลต้องมีความเห็นใจ เข้าใจ เอื้ออาทรต่อผู้ป่วย มีความอดทน ยินดีช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงใจ

### ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลัง  
 จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและสามารถปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายอย่างเคร่งครัด เช่น การวางแผนการ  
 รับประทานยา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจซ้ำ

๒. บุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือและสนับสนุนที่ดี และตรงกับความต้องการของ  
 ผู้ป่วย ดังนั้น ครอบครัวควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ปัญหาและใช้กลไกในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม  
 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตได้

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๓๙). คู่มือดูแลผู้ป่วยโรคจิต. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

พรสวรรค์ มีชิน, สลักจิต สิทธิเทียมทองและเหมือนชนก สุริต.(๒๕๔๖) การศึกษาความสัมพันธ์  
 ระหว่างการใช้ Methamphetamine กับการเกิดโรคจิตเภท. คณะแพทยศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (๒๕๕๘) การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพยาบ้า:การ  
 วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.(ดุชนิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). สาขาวิชาเวชศาสตร์  
 ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วิมล ลักขณาภินชัช. (๒๕๖๓). คู่มือบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด. ภารกิจด้านการพยาบาล  
 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์  
 กระทรวง สาธารณสุข.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (๒๕๖๕). รายงานสถิติสถาบันบำบัดรักษา  
 และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี(รายงานสถิติประจำปี ๒๕๖๕). สืบค้น ๑๑  
 ตุลาคม ๒๕๖๔ จาก

[www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=๒&id=](http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=๒&id=)

[www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=๒&id=๙&Itemid=๕๓](http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=๒&id=๙&Itemid=๕๓)

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.(๒๕๕๘) มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟู  
 สมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและFAST Model.กรุงเทพฯ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

สำเนา มากแบน (๒๕๔๔) ”ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอโรม”ใน สมจิตต์ วงษ์ปา,ปัญญารัตน์ ศรีสว่าง,  
 ปราณิ ภาณุภาส,ฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์,นิภา ณีสกุล และนันทา ชัยพิชิตพันธ์(บรรณาธิการ).



ตำราการพยาบาลยาเสพติด. นนทบุรี : สหมิตรพรีนติ้ง.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (๒๕๕๔). การพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่๒). กรุงเทพฯ : มหาลัยธรรมศาสตร์.

Bostrom, C.E. (๒๐๑๑), Dual diagnosis. In N.L. Keltner, C. E. Bostrom and T. M. Mc Guinness(Eds), Psychiatric Nursing. St.Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

Dave Bewley – Taylor, Tom Blickman and Martin Jelsma. “The Rise and Decline of Cannabis Prohibition”. Jebeles, Amsterdam (March ๒๐๑๔).

European Monitoring Centre for drug and drug Addition. “Cannabis drug Profile” accessed June ๑๕, ๒๐๑๕ .Available from

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cannabis>