

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V)

สุวภัทร คงหอม

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

บทคัดย่อ

ชายไทยวัยรุ่น อายุ ๑๙ ปี สถานภาพสมรสโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ ๖ อาชีพว่างงาน ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด เคยเสพยาบ้านาน ๓ ปี มีอาการทางจิตรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดเสพยาบ้า ปัจจุบันสูบกัญชาอย่างเดียว เสพมานาน ๗ ปี ประกอบกับปัจจุบัน รัฐบาลมีนโยบายปลดล็อกกัญชาออกจกบัญชียาเสพติดนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ จึงทำให้สามารถหาและเข้าถึงได้ง่ายและเข้าใจว่าถูกกฎหมาย ๑ วันก่อนมา หงุดหงิด เอะอะไว้วาย อาระวาด ทำลายข้าวของ มีหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดคิดว่าคนข้างบ้านจะเอาปืนมายิงหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ใช้มีดไล่ฟันคนข้างบ้าน พกมีดไว้กับตัวตลอด มารดาแจ้งตำรวจระงับเหตุ และประสานมูลนิธิพามาบำบัดรักษา อาการแรกเริ่ม มีอารมณ์หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เสี่ยงตั้ง ตาขวาง อยู่ไม่นิ่ง พูดเพ้อเจ้อ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ชูจะทำร้ายเจ้าหน้าที่ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ Poor insight แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) = ๓ , แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) = ๕๔ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Marijuana Positive แพทย์ให้การรักษา ในระยะ Acute care Haldol ๕ mg. IM prn for agitation, Valium ๑๐ mg. IV prn for agitation ร่วมด้วยยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics Drug) และยาต้านเศร้า (Antidepressants Drug), ระหว่างการรักษา ในระยะ Intermedia care ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น แยกตัว ควบคุมอารมณ์ได้น้อย ให้การดูแล ประเมินอาการถอนพิษกัญชา ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เผื่อระวังความเสี่ยงทะเลาะวิวาททำร้ายผู้อื่น จำกัดพฤติกรรมให้การผูกยึดตามแนวทางผูกยึดเมื่อจำเป็น ให้อาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เมื่ออาการดีขึ้นจึงสร้างแรงจูงใจเพื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ Long Term Careให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับสหวิชาชีพ บำบัดทางจิตสังคม เพื่อฟื้นฟูทักษะทางสังคม สร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยา ให้คำปรึกษา ฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยให้การดูแลรูปแบบ FAST Model ประสานหน่วยงาน โรงพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน ญาติเครือข่าย เพื่อการส่งต่อเผื่อระวังให้การช่วยเหลือร่วมดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนรวมผู้ป่วยอยู่รักษาระยะบำบัดด้วยยา ๑๔ วัน และย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้รูปแบบ FAST Model เป็นระยะเวลา ๑๒๐ วัน จำหน่ายส่งติดตามรวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ๑๓๔ วัน

Nursing care of Cannabis dependence with psychotic disorder and Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V

Suwapat Konghom
Registered Nurse (RN)

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT)

Abstract

This case study is Thai teenage male, ๑๙ years old and single, who has Thai Ethnicity and Thai Nationality. He is Buddhism whose education is level ๖ and unemployed. About the history of drug and substance abuse of the case study, he had been on drugs for ๓ years. Due to his mental illness and has treat at Srithanya Hospital, so he stopped taking methamphetamine. Nowadays he has been smoking only marijuana for ๗ years and because the government has a policy of removing marijuana from the drug list for using in medical purposes, so it can be easily found and accessed and also was misunderstood as legal. The day before he admitted to the hospital, he was irritated, fussy, has paranoid, vandalized, and has hallucinations that his neighbor going to shoot him with a gun, so he kept a knife with himself all the time and tried to stab his neighbor. His mother informed the police to suppress the incident and coordinated with the foundation to take him for treatment. Initial symptoms of this case study: irritability, aggressive behavior, acting madly, transverse eyes, restlessness, ranting, not cooperating with treatment, and threatening to harm the staffs. With inability to control emotions and Poor insights, he was evaluated in Overt Aggression Scale (OAS) = ๓, and also evaluated in Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) = ๕๕. Because of the Urine Marijuana Positive in Laboratory Results, a doctor treated him in Acute Care Haldol ๕ mg. IM prn for agitation, Valium ๑๐ mg. IV prn for agitation and also combined with antipsychotics drugs and antidepressants drugs. During intermedia care, the patient experiences irritability when stimulated by stimulator, isolated and low emotional control, so he was treated and evaluated with marijuana withdrawal assessment. Due to the evaluation of aggressive behavior, the patient was monitor for risks of fight and hurt others. He was Limited behavior and gave a restraining when it was necessary, and administer medication according to the treatment plan and observed his side effects from taking antipsychotic drugs and also build relationships with patients to build trust, provide a safe environment and ensure adequate rest. When symptoms improve, He will get a motivation for creating to enter the rehabilitation phase. 'Long Term Care' to rehabilitate with multidisciplinary Psychosocial therapy for restoring social skills and motivated to stop taking drugs. He also got a consulting, coping skills, self-esteem and behavior modification. His family is involved in treatment planning providing FAST Model care to plan the distribution plan by coordinating the Health Service System in Community Hospital, community leaders, network partners, for referral of surveillance to provide continuous care from the hospital to the community to ensure the maximum safety of patient, family and community. The patient stayed for a ๑๕-day drug treatment phase and moved to the rehabilitation phase to modify behavior by using the FAST Model for a period of ๑๖๐ days until distribution. Total length of stay in hospital is ๑๗๕ days.

Keywords: Nursing care, Cannabis Dependence, psychotic disorders, SM-IV

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติดโลกยังคงน่าเป็นห่วง ภัยคุกคามใช้อย่างแพร่หลาย โดยในปี ๒๕๖๔ มีจำนวนผู้ใช้ ๒๑๙ ล้านคน ซึ่งคิดเป็น ๔.๓% ของจำนวนประชากรโลก ผู้ใช้กัญชาทั่วโลกส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ ๗๐ ผู้หญิงคิดเป็น ร้อยละ ๔๒ ภูมิภาค ที่ถูกพบว่ามีผู้ใช้กัญชามากที่สุดได้แก่ อเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และแอฟริกาตะวันตก และยังพบว่าการเพาะปลูกกัญชามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งก็มาจากการปลดล็อกเสรีกัญชาในหลายๆประเทศ ทำให้การเข้าถึง การผลิต และบริโภค ทำได้ง่ายมากขึ้น (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC, ๒๐๒๓)

ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาใน สบยช. มี ความชุกของการเกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) ร้อยละ ๙๑.๕ ในจำนวนนี้พบเป็น โรคจิต (psychotic disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และโรคทางอารมณ์ (mood disorder) คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๗, ๖๔.๙ และ ๕๖.๑ ตามลำดับ การเสพติดกัญชาที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิต ผู้ป่วยเสพติดกัญชามีความชุกในการ เกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) โรคจิต (psychotic disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และ โรคทางอารมณ์ (mood disorder) สูงมาก ซึ่งโรคเหล่านี้นับเป็นปัญหา ทางสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม (ณรงค์ ศิลปศรานุ, นันทา ชัยพิชิตพันธ์นันทา ชัยพิชิตพันธ์, ๒๕๖๓)

ภาพข่าวตามสื่อต่างๆ ที่นำเสนอเหตุการณ์รุนแรงสะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือสังคม ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่เป็นบุคคลปกติทั่วไปที่ไม่ได้มีปัญหาด้านจิตเวชแต่มีส่วนหนึ่งที่ผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับรักษา ในโรงพยาบาลมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมีปัญหาขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับ การเจ็บป่วย หรือใช้สุรา/สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และอาจก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน จากข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่มีความเสี่ยงสูง (SMI-V) บนระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การเข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ ถึงปี ๒๕๖๕ จำนวน ๒๗,๕๑๘ คน โดยผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่มีความเสี่ยงสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน ๑,๔๖๓ คน ๒,๗๘๓ คน และ ๓,๕๒๗ ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ความสัมพันธ์การเสพติดกัญชากับ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงการศึกษาในเยาวชน และ วิทยานิพนธ์ในอเมริกา พบว่า ผู้ที่กระทำความผิด ที่เกี่ยวข้องกับก่อความรุนแรง ในรูปแบบต่าง ๆ นั้น จะมีโอกาส ที่จะให้ประวัติเสพติดกัญชา ในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ก่อความรุนแรง ถึง ๒.๘ เท่า (ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ ๙๕ ตั้งแต่ ๑.๓ เท่า - ๖.๑ เท่า) (Carter PM et al, ๒๐๒๐) สำหรับในประเทศไทย พบจำนวน ผู้ป่วยกัญชาที่เข้ารับการรักษา ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูแห่งชาติบรมราชชนนี จำแนกตามปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีแนวโน้มสูงขึ้น ๓๐๖, ๕๓๑ และ ๙๓๔ ตามลำดับ ในช่วงปลดล็อกกัญชาทางการแพทย์

การพยาบาล ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และความสามารถในการนำ กระบวนการพยาบาล Nursing process นำไปปฏิบัติใช้ในการดูแลผู้ป่วย In-Hospital care ตั้งแต่การประเมินคัดกรอง อาการผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉินเพื่อคัดแยก ระดับความรุนแรง ทางกาย ทางจิต ผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาได้อย่าง รวดเร็ว ปลอดภัย ทันทีที่ ลดภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ภาวะ OVER Dose กัญชา หรือความเสี่ยงที่มีต่อบุคคล ทรัพย์สิน ป้องกันยับยั้ง เหตุการณ์รุนแรงสะเทือนขวัญ ที่อาจจะเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง SMI-V ได้ ค้นหาปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม Acute care รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) ของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดภาวะสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของมาร์จอรี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon),ในระยะ Intermedia care วิเคราะห์และรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สังเกตอาการผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลผู้ป่วย Cannabis intoxication, ประเมินอาการถอนพิษ Withdrawal symptoms และอาการตามพยาธิสภาพของโรค วางแผนการพยาบาล (Planning) เฝ้าระวังความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบำบัดรักษา ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง SMI-V เฝ้าระวังความเสี่ยงการทะเลาะวิวาท หรือทำร้ายผู้อื่น จำกัดพฤติกรรมให้การผูกยึดตามแนวทางผูกยึดเมื่อจำเป็น ให้การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ให้อาตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ติดตามตรวจสอบประเมินผลหลังให้การพยาบาล

(Evaluation) สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เมื่ออาการดีขึ้น สร้างแรงจูงใจเพื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ Long Term Care ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ประสานทีมร่วมกับสหวิชาชีพ บำบัดทางจิตสังคม เพื่อฟื้นฟูทักษะทางสังคม การปฏิเสธการใช้จ่าย ให้คำปรึกษา ฝึกทักษะ การจัดการความเครียด การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบ FAST Model วางแผนการจำหน่ายตามแบบแผนการจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ประสานหน่วยงาน รพช. ผู้นำชุมชน ญาติเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ Post hospital care ติดตามเฝ้าระวัง ให้การช่วยเหลือร่วมกันดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในทุกมิติ ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เสริมสร้างสุขภาวะให้ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนตามมาตรฐานการพยาบาล ให้ความรู้ผู้ป่วยการปฏิบัติตนซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและป้องกันการมีอาการ,โรคทางจิตเวชกำเริบซ้ำอีก เพิ่มศักยภาพครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบครัว ชุมชนเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ดูแลป้องกันการกลับไปใช้กัญชาซ้ำ และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้รับการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V
2. จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง SMI-V

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยกัญชาเพื่อเป็นกรณีศึกษา ๑ ราย
2. ศึกษาแฟ้มประวัติ บันทึกกรายงาน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งทีมที่ดูแลและปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ การสังเกตสนทนาเพื่อการบำบัด โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย พัฒนาการและแบบแผนการดำเนินชีวิตตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ประเมินสภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ศึกษาข้อมูลการรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล
3. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร รายงาน ผลงานทางวิชาการ ต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับเสพติดกัญชา
4. วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปปัญหาความต้องการของผู้ป่วย แล้วนำมาวางแผนการพยาบาลและจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ครอบครัวทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล

กรณีศึกษา

ชายไทยวัยรุ่น อายุ ๑๙ ปี สถานภาพสมรสโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ อาชีพว่างงาน ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด เคยเสพยาบ้า ๓ ปี มีอาการทางจิตรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาจึงหยุดเสพยาบ้า ปัจจุบันสูบกัญชาอย่างเดียว เสพมานาน ๗ ปี เสพกัญชาครั้งสุดท้ายเมื่อ วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖ ก่อนมาโรงพยาบาล ๑ วัน ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ะอะโวยวาย อาระวาด ทำลายข้าวของ มีหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดคิดว่าคนข้างบ้านจะเอาปืนมายิง หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ใช้มีดไล่ฟันคนข้างบ้าน พกมีดไว้กับตัวตลอด มารดาแจ้งตำรวจระงับเหตุ และประสานมูลนิธิพามาบำบัดรักษา เมื่อวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖ **อาการแรกรับ** ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เสียงดัง ตาขวาง อยู่ไม่นิ่ง พูดเพ้อเจ้อ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ชู่จะทำร้ายเจ้าหน้าที่ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ Poor insight แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) = ๓ , การคัดกรองตาม

เกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (กลุ่ม SMI-V) ผลการคัดกรอง พบ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด ความรุนแรง, แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) = ๕๔

การวินิจฉัยโรค Cannabis dependence with psychotic disorder (ICD-10 code F12.259)

ผลการตรวจของผู้ป่วย ณ วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖

ตารางที่ 1 การประเมินสภาพร่างกาย ตามระบบ

ระบบที่ตรวจ	การประเมินสภาพร่างกายที่พบ
สภาพทั่วไป General Appearance	ชายไทยวัยรุ่น รูปร่างสมส่วน ผมหงอกสีดำ น้ำหนัก ๔๙ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๒ เซนติเมตร แรกรับดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) = ๑๘.๖๗ kg/m ² การแปลผล อยู่ในเกณฑ์ปกติ สมส่วน
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย BT= ๓๖.๗ องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของชีพจร PR = ๘๔ ครั้ง/นาที่, อัตราการหายใจ RR = ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต BP = ๑๒๙/๗๖ มิลลิเมตรปรอท
ผิวหนัง	สีผิวสองสี มีความยืดหยุ่นปกติ เล็บมือและเล็บเท้าค่อนข้างยาวเล็กน้อย ไม่มีคราบดำ บริเวณต้นแขนขวามีรอยสักเป็นรูปหัวใจและมังกร
ศีรษะและใบหน้า	ลักษณะศีรษะและใบหน้า สมมาตรกันดี รูปร่างปกติ ไม่บวม ไม่มีบาดแผล ไม่มีผื่น คล้ำไม่พบก้อนหรือกดเจ็บ ลักษณะภายนอกปกติ
ตา	ตามองเห็นปกติทั้งสองข้าง ไม่มีน้ำตาไหล เปลือกตาไม่ซีด การทำงานของกล้ามเนื้อตาปกติ, การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตาและลานสายตาปกติ

ตารางที่ ๑ การประเมินสภาพร่างกาย ตามระบบ (ต่อ)

ระบบที่ตรวจ	การประเมินสภาพร่างกายที่พบ
หู	ใบหูปกติ ไม่มีสารคัดหลั่ง ไม่พบบาดแผล
จมูก	รูปร่างสมมาตร มี septum ตรงกลางจมูก การรับกลิ่นปกติ
ช่องปากและคอ	ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในปาก ฟันไม่ผุ คอไม่แดง ทอนซิลไม่โต ลำคอ คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต
แขน ขาและระบบกล้ามเนื้อกระดูก	ลักษณะภายนอกของแขนและขาไม่ผิดปกติ เคลื่อนไหวข้อได้ปกติ ไม่มี อักเสบ ปวด บวม แดงร้อน กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงดี, Motor power grade ๕
ทรวงอก	สีผิวปกติ มีทรวงอกปกติ AP lateral ๑ : ๒, อัตราการหายใจ RR = ๒๐ ครั้งต่อนาที การเคลื่อนไหวปกติ
หัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของหัวใจ PR = ๘๔ ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นของหัวใจปกติ ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ
หน้าท้องและทางเดินอาหาร	รูปร่างท้องไม่โต ผิวหนังปกติไม่มีรอยแผล ไม่มีก้อน ไม่มีรอยผ่าตัด ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ๔-๖ ครั้ง/นาที
Cerebellar sign	finger - to - nose test ปกติ, Dysdiadochokinesia: ปกติ
การเดิน	ปกติ ไม่มีเดินเซ

ตารางที่ ๒ การประเมินสภาพจิต (Mental status examination)

การตรวจสภาพจิต	การประเมินสภาพจิตที่พบ
สภาพทั่วไป General Appearance	ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางหงุดหงิด โมโห มีพฤติกรรมก้าวร้าว ตาขวาง อยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา พูดเพ้อเจ้อ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มือเท้าสะเอวชี้หน้าด่า ชู่จะทำร้ายเจ้าหน้าที่ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้
Consciousness	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบพอรู้เรื่อง
Speech	อัตราการพูด (Rate) : ปกติ, จังหวะ (Rhythm) : สม่ำเสมอ, ความดัง (Volume) : พูดเสียงดัง หงุดหงิด
Mood and affect	Mood: Irritable mood, Affect: มีความสอดคล้องกับอารมณ์, แสดงออกทางสีหน้าวิตกกังวล เครียดหงุดหงิด โกรธ
Thought	Security paranoid delusion หวาดระแวงหลงผิด
Perception	Auditory Hallucination, Visual Hallucination
Orientation	รับรู้ Time, Place, Person ถูกต้อง
Memory	Remote memory: ไม่สามารถประเมินได้ มีอารมณ์หงุดหงิด, Recent memory: good remote memory: ไม่ร่วมมือ
Concentration and attention	ไม่สามารถประเมินได้
Insight	Poor insight
Judgment	ไม่สามารถประเมินได้

ตารางที่ ๓ แบบการประเมินอาการขาดยาและอาการทางจิตเวช

แบบการประเมิน	ตรวจที่	Score การประเมินอาการขาดยาและอาการทางจิตเวช
แบบคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (กลุ่มSMI-V) ER	ER	พบ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	ER	๓
แบบประเมิน VESA	Ward	๒๐
แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)	Ward	๕๔ (คะแนน > 36 คะแนน มีอาการระดับมาก)
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (๒Q, ๙Q, ๘Q)	Ward	๒Q = ๑, ๙Q < ๗, ๘Q = ๐
แบบประเมินอาการขาดกัญชา (The Marijuana Withdrawal Checklist : MWC)	Ward	๗

ตารางที่ ๔ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่งตรวจ	ผลการตรวจ
Complete blood count, CBC	Normal
Renal function tests	Normal
electrolyte test	Normal
Urine drug tests - marijuana (THC), Methamphetamines	(> ๕0 ng/mL) Positive, Negative
Chest X-ray (CXR)	No active pulmonary infiltration

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกบำบัดด้วยยา เมื่อวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖ ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด เอะอะไว้วาย อาระวาด ทำลายข้าวของ มีหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดคิดว่าคนข้างบ้านจะเอาปืนมายิง หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย ใช้มีดไล่ ฟันคนข้างบ้าน พกมีดไว้กับตัวตลอดเวลา มารดาแจ้งตำรวจระงับเหตุ และประสานมูลนิธิพามาบำบัดรักษา **อาการแรกเริ่ม** ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เสียงดัง ตาขวาง อยู่ไม่นิ่ง เดินไปเดินมา พูดเพื่อเจ้อ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มือเท้าสะเอวชี้หน้าตา ชูจะทำร้ายเจ้าหน้าที่ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ Poor insight พยาบาลER ให้การพยาบาลระยะ **Acute Care** ประเมินพฤติกรรมรุนแรงตามแบบ ประเมิน (Overt Aggression Scale: OAS) Score ๓ , การคัดกรองตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความ รุนแรง (กลุ่ม SMI-V) ผลการคัดกรอง พบ : มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง, แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) score ๕๔ (คะแนนมากกว่า ๓๖ คะแนน มีอาการทางจิตเวชระดับมาก) สรุปจากการประเมิน ผู้ป่วยเป็นระดับสีแดง Emergency พยาบาลERพูดคุยเบื้องต้นเพื่อควบคุมสถานการณ์ ประสานทีม Non-clinic rapid response team (ทีม NRRT- PMNIDAT) เข้าระงับเหตุและป้องกันความเสี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รายงานอาการและอาการประเมินแพทย์ทราบ ให้ Treatment : Haloperidol inj. (๕ mg.) IM prn for agitation, Diazepam inj. (๑๐ mg.) IV prn for agitation Stat at ER, จำกัดพฤติกรรมก้าวร้าว ดูแลถูกยึด ผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย Observe อาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพ BT= ๓๖.๗ °C, PR = ๘๔ b/min, RR = ๒๐ b/min, BP = ๑๒๙/๗๖ mmHg ใหยาตามแผนการรักษา วินิจฉัยแยกโรค Dx : Cannabis dependence with psychotic disorder (ICD-10 code F12.259) c̄ SMI-V ส่งต่อ IPD **Intermediate care** ให้การดูแลผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยา (ถอนพิษยา) ระยะเวลา ๑๔ วัน เพื่อลดอาการถอนพิษยา/ภาวะแทรกซ้อน/ความเสี่ยงทางด้านร่างกายทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดกับผู้ป่วย โดยพยาบาลประสานกับทีมสห วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แพทย์ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกันประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและให้ การดูแลติดตามอาการร่วมกันดูแลแก้ไขปัญหาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง แพทย์ให้การรักษาด้วยยา กลุ่มยาAntipsychotics หรือยา ด้านอาการทางจิต เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยังยั้งตัวรับสารสื่อประสาทโดพามีนเพื่อลดอาการที่เกิดจากภาวะทางจิต การเห็นภาพหลอน หลงผิด หู แว่วและกลุ่มยาด้านเศร้า (Antidepressant) คือ กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ออกฤทธิ์โดยปรับระดับสารเคมี ในสมองอย่างเซราโทนินและนอร์อะดรีนาลีนให้สมดุล รวมทั้งกลุ่มแร่ธาตุและวิตามิน Vitamins ให้การพยาบาล สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคล ดูแลป้องกันการเกิดอันตรายจากอาการรุนแรงจาก Intoxication, Withdrawal Symptoms, Cravings ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองและผู้อื่นเนื่องจากมีการ รับรู้ผิดปกติ มีอาการประสาทหลอน ความคิดหวาดระแวง จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่งเสริมในเรื่องการดูแล ตนเอง ที่ผู้ป่วยบกพร่องไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ในระยะ ๔ สัปดาห์ที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้น พูดคุยสร้างแรงจูงใจ ในการบำบัดรักษา ให้ความรู้ เรื่องโรคสมองตติยา สุขภาพจิตศึกษา การจัดการตัวกระตุ้น การบริหารจัดการความเครียด ความสำคัญในการรับประทานยา

Medication: Haloperidol inj. (๕ mg.) IM prn for agitation, Diazepam inj. (๑๐ mg.) IV prn for agitation, Benzhexol (artane) Per oral (๒mg.) ๒ x ๒ p.c.เช้า - hs, DEpakine (๕๐๐ mg.) Per oral ๑/๒ x ๒ p.c.เช้า - hs, QuaNTia (๒๐๐mg.) Per oral ๑/๒ x hs, Risperidone Per oral (๒mg.) ๑ x ๒ p.c.เช้า- hs, Salbutamol Per oral (๒mg.) ๑ tab x ๒ p.c.เช้า, B co ๑x๓ p.c., Vit c (500mg.) ๑x๓ p.c., Fluphenazine inj. (๕๐ mg.) IM q̄ ๑ month (q̄ วันที่ ๒๕)

ผู้ป่วยย้ายเข้าสู่ระยะ **Long-term care** พื้นฟูสมรรถภาพในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ 2566 พยาบาลสร้างแรงจูงใจเพื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ประสานทีมร่วมกับสหวิชาชีพ บำบัดทางจิตสังคม เพื่อฟื้นฟูทักษะทางสังคม การปฏิเสธการใช้ยา ให้คำปรึกษา ฝึกทักษะ การจัดการความเครียด การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา โดยให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบ FAST Model วางแผนการจำหน่ายตามแบบแผนการจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD ประสาน หน่วยงาน รพช. ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ Post hospital care ติดตามเฝ้าระวัง ให้การช่วยเหลือร่วมกันดูแลอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในทุกมิติ ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เสริมสร้างสุขภาพให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ชุมชนตามมาตรฐานการพยาบาล ให้ความรู้ผู้ป่วยการปฏิบัติตนซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและป้องกันการมี อาการ,โรคทางจิตเวชกำเริบซ้ำอีก เพิ่มศักยภาพครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบครัว ชุมชนเข้าใจผู้ป่วย มากขึ้น ดูแลป้องกันการกลับไปใช้กัญชาซ้ำ และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ไว้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้รับการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ ประสานหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการประกอบอาชีพมีงานทำ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ๑๓๔ วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่ามีหูแว่วได้ยินเสียงคนข้างบ้านนินทาว่าร้าย
- S : กลัวผู้ป่วยอื่นทำร้าย
- O : หงุดหงิด ทำทางไม่เป็นมิตร ตาขวาง แยกตัว
- O : ผู้ป่วยได้รับยา Haloperidol inj. (๕ mg.) IM prn for agitation, Diazepam inj. (๑๐ mg.) IV prn for agitation

วัตถุประสงค์

ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

เกณฑ์การประเมิน

๑. ไม่มีอาการก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น
๒. ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจโดยการแนะนำตนเอง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้วยความเป็นมิตร
๒. เรียกชื่อผู้ป่วยน้ำเสียงอ่อนโยน ชัดเจน พร้อมทั้งเสนอความช่วยเหลือ
๓. สังเกตและประเมินอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยทั้งคำพูด สีหน้า กิริยาท่าทาง การเคลื่อนไหว
๔. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก รับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สนใจ ไม่ได้เถียงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิดหลงผิดหรือความคิด

ที่พาดพิง

๕. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวน โดยให้พักในสภาพแวดล้อมไม่มีสิ่งรบกวน
๖. นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
๗. จัดเพื่อน ให้เป็นผู้ดูแลใกล้ชิด
๘. ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
๙. บันทึกอาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒ เสี่ยงต่อการถูกผู้อื่นทำร้าย เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งคำพูด และพฤติกรรม

ข้อมูลสนับสนุน

- S : บอกว่าผู้ป่วยอื่นไม่ชอบตน มาพูดไม่ดีใส่ตน
- O : หงุดหงิด ทำทางไม่เป็นมิตร ก้าวร้าว ตาขวาง แยกตัว แอบไปนั่งคนเดียวที่เตียงนอน

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ถูกผู้ป่วยอื่นทำร้าย
๒. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่น

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ถูกผู้ป่วยอื่นทำร้าย
๒. ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจโดยการแนะนำตนเอง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้วยท่าทางเป็นมิตร

๒. เรียกชื่อผู้ป่วยน้ำเสียงอ่อนโยน ชัดเจน พร้อมทั้งเสนอความช่วยเหลือ
๓. ประเมินอาการก้าวร้าวของผู้ป่วยทั้งคำพูด สีหน้า กิริยาท่าทาง การเคลื่อนไหว
๔. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก รับฟังผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สนใจ ไม่ได้โต้เถียงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความคิดหลงผิดหรือความคิดที่

พาดพิง

๕. อธิบายให้ผู้ป่วยอื่นเข้าใจว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเกิดจากฤทธิ์ของยา อาการจะค่อยๆ ดีขึ้น ไม่ควรโต้เถียง โต้แย้งกับผู้ป่วย

๖. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวน โดยให้พักในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งรบกวน
๗. นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
๘. จัดเพื่อน ให้เป็นผู้ดูแลใกล้ชิด
๙. ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
๑๐. บันทึกอาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง

ประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากได้รับยารักษาอาการทางจิต

ข้อมูลสนับสนุน

S : บ่นง่วงนอน รู้สึกเพลีย ขาไม่ค่อยมีแรง

O : ผู้ป่วยได้รับยา Haloperidol inj. (๕ mg.) IM prn for agitation, Diazepam inj. (๑๐ mg.) IV prn for agitation, Benzhexol (artane) Per oral (๒mg.) ๒ x ๒ p.c.เช้า - hs, DEpakine (๕๐๐ mg.) Per oral ๑/๒ x ๒ p.c.เช้า - hs, QuaNTia (๒๐๐mg.) Per oral ๑/๒ x hs, Risperidone Per oral (๒mg.) ๑ x ๒ p.c.เช้า- hs, Salbutamol Per oral (๒mg.) ๑ tab x ๒ p.c.เช้า, Fluphenazine (50 mg.) IM q ๑ month (วันที่ ๒๕)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ
๒. ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพระดับความรู้สึกของผู้ป่วย
๒. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก ๑๒ ชั่วโมง หรือกรณีผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางกาย หรือมีความความผิดปกติของสัญญาณชีพ ให้วัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง
๓. ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย ป้อนอาหารดูแลเรื่องการขับถ่าย ในกรณีที่ผู้ป่วยพอช่วยเหลือตัวเองได้ ให้การช่วยเหลือ พยายามให้ผู้ป่วยมารับประทานอาหารในหอผู้ป่วย
๔. จัดให้อยู่ในสถานที่ใกล้ห้องพยาบาล หรือมองเห็นได้ชัดเจน สะดวกต่อการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบไม่มีสิ่งกีดขวางพื้นไม่เปียกชื้น จัดให้ผู้ปวยนอนเตียงที่มีไม้กั้นเตียงและ
๕. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถซ้ำๆ
๖. กรณีเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากความดันโลหิตลดลง/จากการได้รับยานอนหลับ
 - อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการหน้ามืดมึนงง
 - ให้คำแนะนำระมัดระวังในการเดินและการเปลี่ยนอิริยาบถซ้ำๆ ถ้ามีการหน้ามืดบนเตียงให้นอนลง หรืออยู่บนเก้าอี้ให้พุงลงที่เตียง/เก้าอี้ จากท่านั่งเป็นท่านอนให้กลับท่านั่งแล้วหลับตาก่อนจนหายแล้วค่อยลุกซ้ำๆ

- แนะนำสังเกตอาการหน้ามืด ตาลาย ให้บอกพยาบาลถ้าผู้ป่วยเป็นมาก และรายงานให้แพทย์ทราบ

๗. ดูแลจัดสถานที่ให้เป็นระเบียบ เก็บของมีคม สารเคมีอันตราย ให้พ้นจากตัวผู้ป่วย

๘. กรณีประตุนั่งกระจกควรติดโปสเตอร์ รูปภาพหรือข้อความ ระวังกระจก หรือหลีกเลี่ยงให้ผู้ป่วยห่างจากกระจก ตรวจสอบ เหล็กตัดประตูหน้าต่างไม่ให้ชำรุด

๙. จัดให้นอนพักผ่อนบนเตียง ในกรณีผู้ป่วยเหนื่อย อ่อนเพลีย หรือความดันโลหิต systolic สูงมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิเมตรปรอท Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท หรือร่วมกับมีอาการมีนง

๑๐. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา

๑๑. บันทึกและประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการดูแล เฝ้าระวัง ผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิตอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๔ ประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์ตนเองไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าเป็นคนใจร้อน บางครั้งเวลามีเรื่องจะควบคุมควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เอะอะโวยวาย หงุดหงิด ทำร้ายผู้อื่น

S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยอะอะอาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ

O : ตาขวาง ท่าทางไม่เป็นมิตร หงุดหงิด

O : ผู้ป่วยลุกจากเตียงจะไปทำร้ายเพื่อน เนื่องจากมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงเพื่อนที่นอนอยู่เตียงตรงกันข้าม ตะโกน ตำตนเอง

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่เกิดการทำร้ายผู้อื่น

๒. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยคนอื่น

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่ก่อเหตุทะเลาะวิวาทหรือทำร้ายผู้อื่น

๒. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยคนอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ด้วยท่าที่เป็นมิตรสม่ำเสมอและพร้อมให้การช่วยเหลือ

๒. จัดให้เข้ากลุ่มฝึกทำสมาธิ สวดมนต์เพื่อปรับสภาพจิตใจ

๓. จัดให้เข้ากลุ่มฝึกทักษะการควบคุมตนเอง ฝึกการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

๔. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับผู้อื่น แนะนำให้ปลีกตัวออกจากสถานการณ์นั้น แล้วหากิจกรรมอื่นๆ ทำ เช่น อาบน้ำ นอนฟังเพลงเพื่อผ่อนคลาย

อารมณ์โกรธ และหาเพื่อนช่วยปรับความเข้าใจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีทักษะในการควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยคนอื่นและไม่ก่อเหตุทะเลาะวิวาทหรือทำร้ายผู้อื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๕ เสี่ยงต่อการหลบหนี

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่ากลัวว่าแม่จะทอดทิ้ง ไม่มาเยี่ยม

S : บ่นอยากให้แม่มาเยี่ยม

O : สีหน้าวิตกกังวล มองหน้าต่าง และเดินไปที่ประตูบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการหลบหนี และคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ใบหน้ายิ้มแย้มขึ้นนอนหลับได้ ไม่รู้สึกกระวนกระวาย หรือรบกวนให้ติดต่อญาติมารับ และไม่คิดหลบหนี ไม่แยกตัว เข้าร่วมกิจกรรมได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินระดับความวิตกกังวล โดยการพูดคุย สังเกตอาการ ด้วยท่าที่อบอุ่น เป็นมิตร
- ให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับผู้ป่วยด้วยท่าให้การยอมรับเป็นมิตร
- ให้คำปรึกษารายบุคคล พูดคุย ให้กำลังใจ
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก
- จูงใจผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาบำบัดจนครบโปรแกรมตามแผนการรักษาของแพทย์และเข้ารับการฟื้นฟูต่อจนครบโปรแกรม
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มประชุมเช้าเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และได้กำลังใจ

จากเพื่อนๆ

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายร่วมกับกลุ่มเพื่อนทุกวัน
- เปิดโอกาสให้โทรศัพท์หาญาติ และให้ญาติเข้าเยี่ยมเพื่อให้เกิดกำลังใจ
- จัดที่เลี้ยงคอยเผื่อระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการหลบหนี
- ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยยังมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีความเข้าใจถึงผลดีของการบำบัดรักษา ไม่คิดหลบหนี อยู่บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ๑๓๔ วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๖ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า "ผมเป็นคนไม่ชอบให้ใครมาวุ่นวาย"
- O : พูดน้อยไม่ไว้วางใจผู้อื่น
- O : ชอบอยู่คนเดียว ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับเพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยอื่น และเจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยมากขึ้น
- เข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้น และมีสัมพันธภาพมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

- สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดย
 - พยาบาลแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ และเวลาในการสนทนากับผู้ป่วย
 - สร้างสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นการให้กำลังใจ เห็นใจ และเข้าใจในผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสนทนากระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดง

ความคิดเห็น และความรู้สึก

- จัดผู้ป่วยให้รู้จักกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน โดยอาจเริ่มจากบุคคลที่ผู้ป่วยชอบ หรือมีนิสัยคล้ายกัน
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดร่วมกับบุคคลอื่น
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลดีของการมีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น
- ให้ข้อมูลความเป็นจริงเกี่ยวกับเวลา สถานที่ กิจกรรมประจำวัน แผนการฟื้นฟู และข้อเท็จจริงต่างๆ
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงการรับรู้ หรือความคิดเห็นของตนเอง
- ยอมรับฟังคำพูด หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิ เมื่อผู้ป่วยพูดผิด พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้ป่วย

๘. ให้คำชมเชย และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำได้ดี

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความไว้วางใจผู้บำบัด และเพื่อนๆ มากขึ้น กระตือรือร้นในการเข้าร่วมทำกิจกรรมบำบัดเป็นอย่างดี แสดงท่าทีเป็นมิตรกับผู้อื่นมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๗ สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าตนมีปัญหากับแม่ ทะเลาะกันบ่อยมาก สนทนากับเพื่อนและไปใช้ชีวิตอยู่กับเพื่อนมากกว่า

S : จำไม่ได้ว่าพูดคุยกับพ่อครั้งสุดท้ายเมื่อไร

O : แม่มาเยี่ยมครั้งแรก พูดคุยกันน้อยมาก จากการพูดคุยกับแม่ของผู้ป่วย พบว่ายังขาดความรู้เรื่องบทบาทหน้าที่ของครอบครัว

วัตถุประสงค์

๑. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว

๒. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวคุยกันด้วยท่าทีเป็นมิตรแสดงออกด้วยท่าทีห่วงใยใส่ใจกัน

๒. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว จากการพูดคุย การแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

๒. ให้คำปรึกษาครอบครัวตามสภาพปัญหา

๓. นำครอบครัวและผู้ป่วย เข้ากลุ่มกิจกรรมการทำหน้าที่ของครอบครัว กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์และให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัว

๔. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรม Walk Rally ตามตารางกิจกรรมของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและมารดา ร่วมกันคิดร่วมกันวางแผนตามแต่ละฐานทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น

๕. แนะนำให้ครอบครัวหาเวลามาเยี่ยมและให้กำลังใจบ่อยๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

๖. ทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดฟื้นฟูเพื่อปรับพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์

๗. สังเกต และบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและมารดามีสัมพันธภาพที่ดีมีความเข้าใจกันมากขึ้น (ผู้ป่วยจะกอดมารดาทุกครั้งที่มาเยี่ยมและก่อนที่มารดาจะกลับ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๘ การดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคลบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าอยากนอน ไม่อยากทำอะไร

O : จากการสังเกต ผู้ป่วยไม่ค่อยอาบน้ำ ไม่แปรงฟัน รับประทานอาหารแล้วนอนเลย

วัตถุประสงค์

สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติ

การประเมินผล

อาบน้ำและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามสภาพ ร่างกายสะอาดตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า แต่งกายเรียบร้อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลแก่ผู้ป่วย
2. ให้ผู้ป่วยประเมิน ว่าตนเองต้องดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลอะไรบ้าง
3. ให้การช่วยเหลือ และแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การโกนหนวด
4. เปิดโอกาสให้ได้ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลอย่างอิสระ
5. ให้การเสริมแรงทางบวก เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมได้อย่างสมบูรณ์
6. ดูแลให้ตัดเล็บให้สะอาด ทุกสัปดาห์
7. ร่วมกับผู้ป่วยจัดตารางและการทำงานกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
8. ถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย จำเป็นต้อง ให้การช่วยเหลือดูแลสุขวิทยาของผู้ป่วย ทุกขั้นตอน

ประเมินผล

ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้น เช่น อาบน้ำทุกวัน สระผม ตัดเล็บสั้นสะอาดขึ้น แต่งกายสะอาดเรียบร้อย ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๙ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่เป็นขึ้นเป็นอัน
- S : ผู้ป่วยเล่าว่า ถูกแม่ไล่ออกจากบ้าน
- O : สีหน้าซีมเศร้า
- O : แยกตัวเองไม่ค่อยพูดคุยกับใคร

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นตนเองในทางบวกได้ และเห็นความมีคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส ไม่แยกตัว พูดคุยกับเพื่อน
2. บอกข้อดีและข้อเสียของตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง
2. ให้ผู้ป่วยสำรวจข้อดี และข้อเสียของตนเอง
3. ประเมินความคิดของผู้ป่วยทั้งทางด้านบวกและลบที่มีต่อตนเอง แล้วเสริมสร้างความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าโดยชี้ให้เห็นข้อดีของตนเอง
4. ให้การ Empowerment กับผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ เก่ง มีศักยภาพ
5. มอบหมายงานที่สามารถทำได้สำเร็จ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง
6. สนับสนุนและชมเชยทันทีที่ผู้ป่วยทำงานได้สำเร็จ
7. ประเมินอาการและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้นมีการพูดคุยปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นได้ดีขึ้น
2. บอกข้อดีของตนเอง และความภาคภูมิใจ ของตนเองได้ และข้อเสียของตนเองและแนวทางปรับปรุงและพัฒนาของตนเองได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑๐ ขาดเป้าหมายและแนวทางในการดำเนินชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

- O : ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ยาบ้า และกัญชา

O : ผู้ป่วยขาดครอบครัวสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอก "ไม่รู้ ตอนนี้อย่างไรไม่คิดอะไร ไว้ออกจากโรงพยาบาลก่อนค่อยว่ากัน "

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตได้อย่างชัดเจน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกเป้าหมายแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

๒. สร้างกับบรรยากาศในการรักษาให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการบำบัดรักษา

๓. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเพื่อให้มองเห็นตนเองและเข้าใจตนเองมากขึ้น เพื่อสร้างให้เกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีประโยชน์และสามารถที่จะดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพาอาศัย

๔. ให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อเปิดโอกาสได้ระบายปัญหาต่างๆ และตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

๕. แนะนำให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในชีวิตร่วมกันกับครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนและเป็นไปได้มากที่สุด

๖. ให้ผู้ป่วยเลือกเป้าหมายในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

๗. ให้คำปรึกษาครอบครัวและนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเพื่อมีส่วนร่วมที่จะเตรียมความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย

ร่วมกัน

ประเมินผล

หลังจากที่มีการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูร่วมกับมารดาของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถบอกเป้าหมายและแนวทางในการ ดำเนินชีวิตของตนเองจะไปช่วยมารดาขายของ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑๑ ครอบครัวและผู้นำชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่า "ไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร"

S : ประธานขอ บอกว่า "เดี๋ยวกลับไปมันก็กลับไปมั่วสุมกันอีก ต้องจับพากันมาอีก สงสารแม่มันจริงๆ ไม่รู้จะทำยังไง"

O : เมื่อผู้ป่วยมีอาการจากการใช้ยาเสพติด มารดาใช้วิธีไล่ออกจากบ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ครอบครัว ผู้นำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

ครอบครัว และผู้นำชุมชนสามารถบอกความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้นำชุมชน

๒. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้นำชุมชน เกี่ยวกับผลเสียของยาเสพติด เน้นให้ตระหนักถึงความรุนแรงเกี่ยวกับการทำลายสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจถ้าไม่สามารถเลิกได้ เด็ดขาดจะมีอาการที่รุนแรงขึ้นและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

๓. อธิบายความสำคัญของครอบครัว ชุมชน ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย และอธิบายให้ครอบครัวและผู้นำชุมชนเข้าใจเรื่องการติดยาเสพติดว่าเป็นโรคชนิดหนึ่งที่สามารถรักษาให้หายได้

๔. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้นำชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และทราบแผนการรักษาร่วมกันที่ชัดเจน

๕. ให้คำปรึกษาครอบครัว ชุมชนเพื่อเปิดโอกาสได้ระบายปัญหาต่างๆ เพื่อตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

๖. แนะนำให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในชีวิตร่วมกันกับครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนและเป็นไปได้มากที่สุด

ที่สุด

๗. ให้คำปรึกษาครอบครัวและผู้นำชุมชน มามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเพื่อเตรียมพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ประเมินผล

ครอบครัว ชุมชน มีความมั่นใจในการที่จะรับผู้ป่วยไปดูแล โดยวางแผนร่วมกับหน่วยงานสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด จะเป็นผู้ประสานพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีกำลังใจ และความตั้งใจในการอยู่รับการบำบัดรักษาตามคำแนะนำของแพทย์ มารดาและผู้นำชุมชนมีการวางแผนรวมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) นี้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการพยาบาลระยะ Acute Care ระยะบำบัดยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา โดยแพทย์ให้การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต และยาต้านเศร้า ร่วมกับการบำบัดรูปแบบจิตบำบัดและการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ FAST Model ซึ่งในกรณีศึกษามีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งทางกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคม

ดังนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) การวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยโดยมีความเฉพาะราย ซึ่งต้องเข้าใจพยาธิสภาพของโรค กลไกการออกฤทธิ์ของกัญชา ยาเสพติด ความรู้เกี่ยวกับยาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากได้รับยาต้านอาการทางจิต ยาต้านเศร้า บรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการขาดยา การสร้างแรงจูงใจการดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบ FAST Model ร่วมกับสหวิชาชีพให้การบำบัดทางจิตสังคม เพื่อฟื้นฟูทักษะทางสังคม ฝึกทักษะการจัดการความเครียด การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ประสานหน่วยงาน โรงพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ ติดตามเฝ้าระวัง ให้การช่วยเหลือ ร่วมกันดูแลในทุกมิติ ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เสริมสร้างสุขภาวะให้ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน ให้ความรู้ผู้ป่วยในการปฏิบัติตนซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและป้องกันการมีอาการ,โรคทางจิตเวชกำเริบซ้ำอีก เพิ่มศักยภาพครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบครัว ชุมชนเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ดูแลป้องกันการกลับไปใช้กัญชาซ้ำ และมีการติดตามดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้รับการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวชุมชนอย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะปฏิเสธการรักษา ไม่อยากอยู่โรงพยาบาลเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวตามแนวทางการบำบัดรักษา ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ ญาติไม่อยากรับผู้ป่วยกลับเนื่องจากคิดว่าต้องอยู่รักษาตัวนานๆ กลับไปก็ไปเสียยาอีก ไม่เข้าใจผู้ป่วยไม่ทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติห่างเหินกัน เมื่อกลับบ้านก็ต้องมาเริ่มปรับตัวกันใหม่สิ่งสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวชคือการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งจะให้อาการของโรคแย่ลง แนวโน้มของการพยากรณ์โรคในการรักษาไม่ได้ผลดีตามไปด้วย ซึ่งการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำนั้น ต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องของญาติ ผู้ดูแล ตลอดจนการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในชุมชน ที่ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชน จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวชไม่ให้กลับมารักษาซ้ำได้

๒. ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติด มีโอกาสในการที่อาการจะรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้และต้องเข้ารับบริการทางสุขภาพมากขึ้นเป็นสองเท่า ในปัจจุบันและต้นทุนในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใช้สารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชร่วมที่ทำให้อาการกำเริบบ่อยขึ้น และมีการรักษาที่ต้องใช้ทรัพยากรที่มากขึ้นในการรักษา ดังนั้น บทบาทของพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและรุนแรงนั้นจึงไม่เพียงแต่เป็นการพยาบาลเชิงตั้งรับเท่านั้นซึ่งสอดคล้องกับการสร้างเสริม

สุขภาพแนวใหม่ จัดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated health care system) เช่นพัฒนาความร่วมมือระหว่างเครือข่ายสุขภาพให้ความรู้กับบุคลากร ผู้ที่เกี่ยวข้อง อสม.อสส. ผู้ดูแลทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น

๓. ส่งเสริมปรับเจตคติให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลคำนึงประเด็นจริยธรรมทางการแพทย์ ให้การดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติด อย่างองค์รวม และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ตีตรา มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันในการดูแลทางสุขภาพผู้ป่วยยาและสารเสพติด

๔. ควรมีการพยาบาลดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเสติดักัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หากกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวชุมชน สังคม โดยครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งมิติทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางปัญญา (จิตวิญญาณ) รวมทั้งมิติของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคม ที่ร่วมมือกัน บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งเพิ่มพลังอำนาจให้แก่ชุมชน เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ คนในครอบครัว, อสม., ผู้นำและแกนนำชุมชน ในเรื่อง การเสติดักัญชา, โทษ พิษภัย, การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการให้ผู้ป่วยรับประทานยา, วิธีการผ่อนคลายความเครียด, การสังเกตอาการผิดปกติ, การสื่อสารทางบวก, การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรู้จักแสวงหา และใช้ข้อมูลทางสุขภาพให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกัญชาและยาเสติดักัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขไม่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม ผู้ป่วยและชุมชนสังคมเกิดความปลอดภัยอย่างยั่งยืน

๕. พยาบาลมีการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกออกไปในสังคม ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีการจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สร้างความตระหนักการดูแลคนในชุมชนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อใช้สารเสติดักัญชาและก่อให้เกิดอาการทางจิตและอาจก่อเหตุความรุนแรงในสังคม ให้มีการคัดกรอง เฝ้าระวัง ส่งต่อ จัดทำมาตรการหรือแนวทางการดูแลป้องกันกลุ่มเสี่ยง แก้ไขปัญหา ไม่ให้ผู้เสติดักัญชาหรือยาเสติดักัญชาอื่น ๆ ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่อาจเกิดก่อความรุนแรงมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำ

ด้านวิชาการ

๑. นำสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยเสติดักัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

๒. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดักัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพัฒนาโปรแกรมลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านนโยบาย

๑. จัดให้มีระบบบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มผู้ติดักัญชาและสารเสติดักัญชา ระดับตติยภูมิที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสติดักัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ

๒. ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเสติดักัญชาและผู้ป่วยยาเสติดักัญชา ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบงานยาเสติดักัญชา โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน และเพิ่มศักยภาพในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยยาและสารเสติดักัญชามากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลัน จากการใช้กัญชา
ณ ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๕. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๖๕.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยง ต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/
โรงพยาบาล สังกัด กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอส เพอร์สพลัส จำกัด.
- กิริติยา อุ่นเจริญ (๒๕๖๒). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐.
ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (๒๕๖๔). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงสรร: บุคลิกภาพผิดปกติพฤติกรรมก้าวร้าว และการถูก
ทารุณกรรม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณรงค์ ศิลปศรารณ, นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (๒๕๖๓). ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
ในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. วารสารกรมการแพทย์. ปีที่ ๔๕ ฉบับที่ ๑
มกราคม - มีนาคม ๒๕๖๓. หน้า : ๑๒-๒๐.
- ธนพล นิมสมบุรณ์. (๒๕๖๓). พิษวิทยาของกัญชา. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. ปีที่ ๓๐ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๓.
หน้า : ๑๒๕-๑๓๖.
- ธีระ วรจนารัตน์. (๒๕๖๓). กรณีศึกษานโยบายกัญชาทางการแพทย์: สถานการณ์ ผลกระทบ แนวทางจัดการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
สำหรับประเทศไทย รายงานฉบับสมบูรณ์. [ม.ป.ท.].
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (๒๕๖๑). การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ ๑. มหาสารคาม : สำนักพิมพ์ กากะเยีย.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (๒๕๖๓). การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ ๓. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มติคณะรัฐมนตรี เรื่องมาตรการด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕).
- ลำชำ ลักษณะภิกษนซ์. (๒๕๖๕). คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการเสพยาเสพติด คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษา Cannabis
Use Disorder (CUD). [ม.ป.ท.].
- วิมล ลักษณะภิกษนซ์. (๒๕๖๓). คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด. ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา
เสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กระทรวง สาธารณสุข. กรมการแพทย์.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (๒๕๕๘). มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟู โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
สมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัดและFAST Model. กรุงเทพฯ.
- สมควร จุลอักษร, ภัทรจิต ศักดา และคณะ. (๒๕๖๐). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการ
รับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 3. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- ศูนย์ศึกษาปัญหายาเสพติด. (๒๕๖๖). กัญชายังเป็นยาเสพติดประเภท ๕, สืบค้นเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖.
จาก <https://cads.in.th/cads/content?id=306>
- อัญมณี สัจจาสัย. (๒๕๖๔). ปลดล็อกกัญชา ออกจากยาเสพติด. [ม.ป.ท.].
- Carter PM et al. (๒๐๒๐). Daily patterns of substance use and violence among a high-risk urban emerging adult sample:
Results from the Flint Youth Injury Study. Addictive Behaviors. Volume ๑๐๑, February ๒๐๒๐, ๑๐๖๑๑๗.
- Colombo plan. (๒๐๑๑). Evidence-Based Practices for Treatment Intervention. In Treatment for Substance Use Disorder-
The Continuum of Care for Addiction Professionals. WA: University of The Washington.
- Gordon M. (๑๙๙๔). Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill. United Nations Office on Drugs
and Crime. (๒๐๑๔, ๒๐๒๑, ๒๐๒๒). World Drug Report Vienna: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (๒๐๒๓). Executive Summary World Drug Report ๒๐๒๓.
Vienna, Austria.