

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง : กรณีศึกษา

สุภารัตน์ อรัญญา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

บทคัดย่อ

ชายไทยวัย ๒๘ ปี สถานภาพโสด ประวัติเสพกัญชาสูบมา ๑๐ ปี สูบวันละ ๓-๑๐ มวนบุหรี่ยาเสพครั้งสุดท้าย ๑๑ มิ.ย.๖๖ จำนวน ๓ มวน เข้ารับการบำบัดรักษาระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี วันที่ ๑๒ มิ.ย.๖๖ อาการแรกเริ่มผู้ป่วยหงุดหงิด พุดคุยสับสน มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ มีหูแว่ว หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาฆ่า หวาดระแวง ประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS = ๖๓ คะแนน, ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) = ๓ คะแนน, ประเมินเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเกิดอุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมรุนแรง และการหลบหนี (VESA) = ๔๐ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine THC Positive ได้รับการรักษา Antipsychotics Drug, Antidepressants Drug, Antianxiety Drug และ Mood Stabilizer Drug พยาบาลต้องประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประเมินอาการถอนพิษยา สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ ให้เข้าใจ ยอมรับ และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมที่รุนแรง เมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นให้ความรู้โทษพิษภัยของสารเสพติด และการเกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทที่ทำให้เกิดการก่อความรุนแรงขึ้นได้ ทักษะป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ เสริมสร้างแรงจูงใจการเลิกสารเสพติด Stage of Change อยู่ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาในระยะบำบัดยา รวม ๓๒ วัน และส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward ยาเสพติด รวม ๑๒๐ วัน ติดตามการรักษา ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น บอกว่ารับปริญญาตรีแล้ว ครอบครัวของผู้ป่วยบอกว่าดีใจมากที่ลูกได้รับปริญญาตรีและไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

Nursing care of Cannabis dependence with Schizophrenia and Serious Mental Illness with High Risk to Violence

Sudarat Aranya
Registered Nurse

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Abstract

Thai male, 34 years and single. About the history of drug and substance abuse in the case study, he has been smoking marijuana for 10 years, smoked 8-10 cigarettes per day, last used 8 cigarettes on 11 June 2021, received the drug treatment stage, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment on 12 June 2021. The onset of symptoms was irritability, confusion, aggressive behavior, auditory hallucination, and persecutory delusion. Nurses evaluated on Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) = 18, Overt Aggression Scale (OAS) = 8, and Violent Behavior and Escaping (VESA) = 40. Urine Marijuana Positive in Laboratory Results, and he received treatment: Antipsychotics Drug, Antidepressants Drug, Antianxiety Drug and Mood Stabilizer Drug, nurses evaluated the risk of behavior Self-harm and others, evaluated substance Intoxication/withdrawal symptoms, built relationships to strengthen the patient's trust, provided an environment for patients to be safe, prevent an accident, take care to give medicine and observed for side effects from taking Antipsychotics drug and information to other patients to understand, accept, and avoid words It stimulates the patient to have violent thoughts and behavior. When the patient improves, educate people about the dangers of drugs and the recurrence of schizophrenia that can cause more violence, skills for relapse prevention, strengthen the motivation to stop using drugs which stage of Change was action. The patient stays in the drug treatment stage 30 days and receives treatment during the rehabilitation stage, addictive treatment at the Home ward total of 120 days. Follow-up treatment, the patient's face is fresh, he received a bachelor's degree. The patient's family was pleased that they received a bachelor's degree and did not relapse into drug addiction.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ประเทศ และทั่วโลก ในระยะเวลา ๑๐ ปี (๒๐๑๑ - ๒๐๒๑) ประมาณ ๒๙๖ ล้านคนทั่วโลก มีการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๓ และมากกว่า ๓๙.๕ ล้านคน มีความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด (drug use disorders) มีเพียง ๑ ใน ๕ เท่านั้นที่ได้รับการรักษา (World Drug Report, ๒๐๒๓) ซึ่งเป็นการใช้ยาเสพติดในทางที่อันตราย ต้องพึ่งพิง ขาดยาไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับการบำบัด

ในประเทศไทย จากสถานการณ์การปลดล็อกพืชกัญชาในประเทศไทย กัญชาถูกจัดอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.๒๕๖๒ มาตรา ๗ ได้มีการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ (ฉบับที่๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ซึ่งอนุญาตให้สามารถนำมาใช้กรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์รักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนาการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ได้ และยังระบุไว้ว่าหากมีในครอบครองไม่เกินปริมาณจำเป็นที่ใช้รักษาโรคเฉพาะตัว พร้อมมีหนังสือการใช้งานจากผู้อนุญาตก็จะมีไม่ผิดกฎหมาย (ผกาทิพย์ รื่นระเริงศักดิ์, ๒๕๖๒) ในกัญชามีสาร THC มีมากในส่วนของยอดช่อดอกกัญชา เป็นสารที่สำคัญที่สุดที่มีฤทธิ์ต่อสมองและทำให้ร่างกาย อารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเสพเข้าไปจะออกฤทธิ์ กระตุ้นประสาท ทำให้ผู้เสพตื่นเต้น ช่างพูด และหัวเราะ อารมณ์ดี ต่อมาจะกดประสาททำให้ผู้เสพมีอาการคล้ายเมาเหล้าอย่างอ่อนๆ เชื่องซึมและง่วงนอน ผู้ที่เสพในขนาดสูง จะเกิดภาวะโรคประสาทที่เพิ่มขึ้นแบบฉับพลัน เกิดภาพหลอนหรือประสาทหลอน และสูญเสียความรู้สึกเป็นตัวตนของตนเองได้ (อมร ลีลาวิเศษ, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, ชัญวลี ศรีสุโข และเมธี วงศ์ศิริสุวรรณ, ๒๕๖๒)

กัญชามีการแพร่ระบาดอันดับที่ ๓ จากสถิติความชุกของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความชุกร้อยละ ๐.๐๕, ๐.๐๖ และ ๐.๐๗ ตามลำดับ ผู้ป่วยในที่ได้รับการบำบัดรักษาที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต จำนวนเพิ่มขึ้น ๑,๔๔๐, ๑,๔๔๐ และ ๒,๒๒๕ ราย ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชาที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ร้อยละ ๕.๕๑ และ ๙.๙๓ ตามลำดับ (HDC Service กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๗) จากสถิติดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีจำนวน ๔,๑๔๐, ๖,๑๐๖ และ ๗,๑๓๙ ราย ตามลำดับ พบว่ามีผู้ป่วยเสพติดกัญชาจำนวนเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ ๖.๕๗, ๑๐.๗๐ และ ๑๖.๓๑ ตามลำดับ และมีการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสบยช. พบว่า ผู้ป่วยเสพติดกัญชามีความชุกในการเกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๕ ในจำนวนนี้ โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคจิต (psychotic disorder) คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๗ รองลงมาคือโรควิตกกังวล (anxiety disorder) และ โรคทางอารมณ์ (mood disorder) คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๙ และ ๕๖.๑ ตามลำดับ (ณรงค์ ศิลปศรารุญ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, ๒๕๖๒)

ดังนั้น พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และความสามารถในการประเมินอาการถอนพิษยาของผู้ป่วยตามความรุนแรงของพยาธิสภาพ ค้นหาปัญหา รวบรวมข้อมูลให้ได้มากพอและครบถ้วน เพื่อนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีความปลอดภัย และสามารถเลิกยาเสพติดได้ ผู้จัดทำจึงสนใจที่จะจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติด

กัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ ลดการก่อความรุนแรง ป้องกันอาการโรคจิตเภทกำเริบโดยใช้ความรู้ด้านการพยาบาลโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้กับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมประเด็นปัญหาของผู้ป่วย
๒. เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

วิธีดำเนินการศึกษา

๑. ค้นหาปัญหา โอกาสพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
๒. เลือกประเด็นปัญหาจากการดูแล เพื่อจัดทำการศึกษา ๑ ราย คือ ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ การตรวจร่างกาย การประเมินสภาพจิต ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา และเอกสารทางวิชาการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เรื่องกัญชา (Cannabis) ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล โดยใช้แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ในการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทุกมิติทั้ง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
๖. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล ตามแผนที่วางไว้
๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและครอบครัว
๘. จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ความรู้ ผลงานจากการทำ
๙. เผยแพร่ผลงาน

ระยะเวลาที่ศึกษา

มิถุนายน ๒๕๖๖ – ตุลาคม ๒๕๖๖

กรณีศึกษา

ชายไทยวัย ๒๘ ปี สถานภาพโสด ประวัติเสพยาเสพติด ๑๐ ปี สูบวันละ ๓-๑๐ มวนบุหรี่ เสพครั้งสุดท้าย ๑๑ มิ.ย.๖๖ จำนวน ๓ มวน เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะบำบัดด้วยยา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี วันที่ ๑๒ มิ.ย. ๖๖ อาการแรกเริ่มผู้ป่วยหงุดหงิด พูดคุยสับสน มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ มีหูแว่ว หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาฆ่า หวาดระแวง ประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS = ๖๓ คะแนน, ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) = ๓ คะแนน, ประเมินเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเกิดอุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมรุนแรง และการหลบหนี (VESA) = ๔๐ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine THC Positive

การวินิจฉัยโรค

F๑๒๒๕: Cannabinoids, Dependence syndrome, Continuous use

F๒๐๐๐: Paranoid schizophrenia, Continuous

การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (วันที่ ๒๖ มิ.ย. ๖๖)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการในเรื้อรังยาเสพติด ผู้ป่วยรับรู้ว่าการใช้กัญชาทำให้ตนเองเป็นโรคจิตเภท มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาฆ่า หวาดระแวง

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

รับประทานอาหารวันละ ๓ มื้อ รับประทานอาหารได้ตามที่โภชนาการจัดให้ ตั้มน้ำเปล่าวันละประมาณ ๑-๒ ลิตร (BMI=๒๔.๔๘)

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระวันละ ๑ ครั้ง ไม่มีปัญหาท้องผูก ไม่มีริดสีดวงทวาร ขับถ่ายปัสสาวะวันละ ๖ - ๘ ครั้ง ไม่มีแสบขัด ควบคุมการขับถ่ายได้

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ระยะแรกมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอนส่วนใหญ่ ไม่ได้ออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากอาการถอนพิษยาเสพติด มีหูแว่ว หวาดระแวง ต่อมาเมื่ออาการดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ กระตุ้นเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดและกลุ่มออกกำลังกายได้ สามารถบอกถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายได้ว่าช่วยให้สุขภาพแข็งแรง

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

ขณะบำบัดรักษาผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ดี ผู้ป่วยได้รับประทานยาจากโรงพยาบาล หลับได้ตั้งแต่เวลา ๓ ทุ่ม เวลาคืนนอน ๖ โมงเช้า รวมนอนวันละ ๙ ชั่วโมง

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและ การรับรู้

- การรับรู้และประสาทสัมผัส : ขณะบำบัดรักษา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีหูแว่ว ภาพหลอน ความคิด ผิดปกติ หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาฆ่า หวาดระแวง
- ความสามารถทางสติปัญญา : ผู้ป่วยมีความจำปกติ ผู้ป่วยสามารถเล่าประวัติตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันได้
- ความสามารถในการแก้ไขปัญหา : เมื่อพ่อ, พ่อเลี้ยงมาเยี่ยม พุดคุยให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลระยะยาว แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ จะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ทะเลาะกับพ่อ, พ่อเลี้ยง

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

- ความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจตนเอง : ผู้ป่วยรับรู้ที่ตนเองใช้กัญชาและเป็นโรคจิตเภท และที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะพ่อ พ่อเลี้ยงต้องการให้เลิกกัญชา วันแรกที่มาโรงพยาบาลจำได้ว่ามีอาการคลุ้มคลั่ง จากกัญชา เคยใช้มือต่อยกำแพงจนได้รับบาดเจ็บเพราะน้อยใจคำพูดพ่อเลี้ยง รู้สึกด้อยค่าจากคำพูดพ่อเลี้ยงประชดประชันว่าตัวเองเกิดจากลูกชู้
- ภาพลักษณ์ต่อตนเอง: ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นคนหน้าตาดี รูปร่างดี

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

ช่วงแรกผู้ป่วยแยกตัว มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ไว้วางใจ หวาดระแวง เมื่ออาการทางจิต ทุเลาลง เริ่มเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่าง ๆ ได้ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้นพ่อ, พ่อเลี้ยง อยากให้ผู้ป่วยนอนรักษาโรงพยาบาลระยะยาว แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ ทะเลาะกันระหว่างบำบัด ทำให้มีปัญหาการสื่อสารและการจัดการ อารมณ์ภายในครอบครัว

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์

ไม่มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ มีสมรรถนะทางเพศและความต้องการทางเพศปกติ มีการแสดงออก ที่เหมาะสมกับเพศ

แบบแผนที่ ๑๐ ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด

- การเผชิญต่อปัญหาและความเครียด: ที่ผ่านมาผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ใช้มือขวาท่อยกระจก แดก
- การแก้ไขปัญหาและความเครียด: เวลามีปัญหา จะใช้กัญชา
- ความสามารถในการปรับตัว: ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อมีปัญหาหรือความเครียด จะใช้กัญชา

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ

นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องการทำบุญทำให้สบายใจขึ้น ชีวิตจะดีขึ้น มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ ครอบครัว

สรุปแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดกัญชาและป่วยเป็นโรคจิตเภท และไม่รับประทานยาต่อเนื่อง

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาและการรับรู้: ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว หูแว่ว ภาพหลอน ความคิดผิดปกติ หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาฆ่า หวาดระแวง ผู้ป่วยหงุดหงิด โมโห จะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์: ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคจิตเภท และใช้กัญชาและกัญชาเป็นโรคจิตเภท รู้สึกด้อยค่าที่พ่อเลี้ยงว่าตนเองเป็นลูกชู้

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ: มีปัญหาการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ภายในครอบครัว

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญความเครียด: ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการปัญหาและเผชิญกับความเครียดได้

การตรวจร่างกายตามระบบ (Physical Examination) (วันที่ ๒๖ มิ.ย.๖๖)

การตรวจ	ผลการตรวจ
ลักษณะทั่วไป	ชายไทย รูปร่างสมส่วน สวมใส่เสื้อผ้าชุดผู้ป่วยของโรงพยาบาล ตื่น รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่สับสน ถามตอบตรงคำถาม สีหน้าเรียบเฉย
ผิวหนัง	สีผิวดำแดง good skin turgor, no edema, no peripheral cyanosis no Clubbing of fingers, no spoon nails
ศีรษะ	กะโหลกศีรษะ ขนาดของศีรษะสมมาตรกันดีทั้งสองข้าง
ใบหน้า	ใบหน้าทั้งสองด้านสมมาตรกันดี ไม่มีเบี้ยว ไม่บวม ไม่มีรอยแผล
ตา	ตา ๒ ข้างมีขนาดปกติและอยู่ระดับเดียวกัน Normal eye movement
หู	ขอบใบหูด้านบนอยู่แนวเดียวกับระดับเส้นตรงจากหางตา ไม่มีก้อน หนองน้ำ ทดสอบการได้ยินเสียงทั้ง ๒ ข้างเท่ากัน
จมูก	ผนังกันจมูกอยู่ในลักษณะที่สมมาตรกัน ไม่เอียงไปทางด้านใดด้านหนึ่ง จมูกทั้งสองข้างได้กลิ่นปกติ
ช่องคอ	ริมฝีปากอมชมพู ปากแห้งเล็กน้อย ภายในปากไม่มีแผล ไม่มีแผลมุมปาก ไม่มีเหงือกอักเสบ ฟันเรียงตัวดี มีฟันกรามด้านล่างคู่ ไม่มีอาการปวด
ลำคอ	หลอดลมอยู่แนวตรงกลางไม่มีเอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง ต่อมไทรอยด์ปกติ
ระบบต่อมน้ำเหลือง	ต่อมน้ำเหลืองไม่มีการบวมโต ไม่มีกดเจ็บ
ทรวงอกและระบบหายใจ	รูปร่างของทรวงอกปกติ
- ระบบหัวใจ	ชีพจรจังหวะสม่ำเสมอ การเต้นของชีพจร ๘๔ ครั้ง/นาที
- ช่องท้อง	ไม่มีท้องโป่งตึง สีผิวสม่ำเสมอ ไม่มีรอยแผล
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	การเดินปกติ ไม่มีเดินเซ Motor power grade ๕, no atrophy

การประเมินสภาพจิต (Mental Status) (วันที่ ๒๖ มิ.ย.๖๖)

การตรวจสภาพจิต	ผลการประเมิน
Appearance	ชายไทย วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย รูปร่างสันทัด สุขุมชืดโรงพยาบาล รู้สึกตัวดี สีหน้าหงุดหงิด แต่ให้ความร่วมมือดี
Attitude / rapport	สีหน้าหงุดหงิด แต่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามดี
Orientation	สามารถบอกวัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง
Recall short-term memory	สามารถบอกของสามสิ่งได้ถูกต้อง ๓ อย่าง
Recent memory	ผู้ป่วยจำเหตุการณ์ที่มานอนโรงพยาบาลวันแรกได้ สามารถ บอกได้ว่ามีอาการกำเริบ อาละวาด มีหูแว่ว และภาพหลอน
Remote memory	ผู้ป่วยจำเหตุการณ์ในอดีตได้ สามารถบอกการศึกษาได้ว่าเรียน จากที่ใด
Mood	ผู้ป่วยบอกว่าอารมณ์หงุดหงิด โหม่งง่าย
Affect	สีหน้าท่าทางหงุดหงิด ท่าทางไม่สบอารมณ์ขณะพูดคุยกับ เจ้าหน้าที่
Speech	จังหวะการพูด เร็วและพูดต่อเนื่อง น้ำเสียงดังชัดเจน
Thought process	ตอบคำถามตรงประเด็น ไม่พูดออกนอกเรื่อง
Thought content	ขณะคุยไม่มีเนื้อหาความคิดผิดปกติ
Perceptual disturbances: Hallucination	ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย และขู่จะมาทำร้าย
Delusion	ผู้ป่วยบอกว่าจะมีคนมาฆ่า รู้สึกกลัว หวาดระแวง
Illusion	ไม่มีความผิดปกติของการแปลสิ่งเร้า
Attention	พูดเลขตามได้ถูกต้อง ๔ หลัก คือ ๙ ๓ ๒ ๘ ๖ ๔ พูดเลขย้อนกลับได้ถูกต้อง ๒ หลัก คือ ๕ ๑ ๐ ๓ ๘ ๒
Concentration	มีสมาธิในการลบเลข ลบได้ถูกต้อง ๓ ครั้งต่อเนื่อง
Intelligent	มีความคิดเป็นนามธรรม รูปธรรม สามารถให้ความหมายของสุภาชิต คำพังเพยและบอกความเหมือน ความต่างของสิ่งได้ถูกต้อง

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะเฉียบพลัน

๑. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง
๒. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้
๓. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากได้รับยาการรักษาอาการทางจิต
๔. เสี่ยงต่อการเกิด Extra Pyramidal Syndrome จากการได้รับยาในกลุ่ม Antipsychotic drugs

ระยะเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง

๕. การควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ
๖. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ
๗. สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวบกพร่อง

ระยะอาการคงที่

๘. เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทเนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และใช้สารเสพติดร่วมด้วย
๙. ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ
๑๐. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

ระยะเฉียบพลัน

ปัญหาที่ ๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ข้อมูลสนับสนุน

- S : - ผู้ป่วยบอกว่ามีหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดมีคนตามมาฆ่า หวาดระแวง
- O : - วันที่ ๑๒ มิ.ย.๖๖ ผู้ป่วยหงุดหงิด ตาขวาง มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด ทำลายข้าวของ
- ประเมิน BPRS = ๖๓ คะแนน (มีอาการทางจิตรุนแรง)
 - ประเมิน VESA = ๔๐ คะแนน (มีความเสี่ยงระดับมาก)
 - ประเมิน OAS = ๓ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)
 - ได้รับยา Hadol ๕ mg IM stat + Valium ๑๐ mg IV stat

เป้าหมายทางการพยาบาล

-ไม่เกิดพฤติกรรมผู้ป่วยทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น

เกณฑ์การประเมินผล

-ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการความคิด ความรู้สึก จากประวัติ และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อจะได้วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
๒. สร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
 - ๒.๑ แสดงท่าทางที่เป็นมิตร สุขุม มั่นคงในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย
 - ๒.๒ อธิบายเกี่ยวกับสถานที่ เพื่อนผู้ป่วย โดยเฉพาะเพื่อนที่อยู่ข้างเตียง บทบาทของทีม รักษาภาวะเบี่ยง

๒.๓ แนะนำตัวก่อนที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยครั้งแรกและทุกครั้งต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้การรักษา สิทธิส่วนบุคคลและการปรับตัวก่อนการให้การปรึกษาหรือกลุ่มกิจกรรมบำบัด

๓. ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประเมินจากสีหน้าท่าทาง การแสดงออกทางคำพูด อารมณ์ การเคลื่อนไหว เพื่อวางแผนการพยาบาลให้ได้รับความปลอดภัย
๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และไม่มีสิ่งทีก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น เช่น มีด ของแหลมคม ของแข็ง ไม้ แก้ว เชือก ไม้แขวนเสื้อ เป็นต้น
๕. สังเกตอาการเมื่อพบท่าทีที่ผิดปกติ อยู่ไม่ติดที่ และถามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อหาสาเหตุ ลดความกลัวหรือข้อสงสัย
๖. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์
๗. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ภาพหลอน และให้ข้อมูลเรื่องอาการของโรค และอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยอื่นเข้าใจและยอมรับ อาการแสดงและอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้น ให้ผู้ป่วยมีความคิดและอาการหวาดระแวงเพิ่มขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการทะเลาะวิวาท
๘. พุดคุยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีสัมพันธภาพและเริ่มไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น
๙. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ความคิด และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ลงบันทึกในรายงาน

การประเมินผล (๓ ก.ค. ๖๖ – ๑๔ ก.ค. ๖๖)

ผู้ป่วยปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น

- ประเมิน BPRS = ๒๓ คะแนน(มีอาการทางจิตทุเลา)
- ประเมิน VESA = ๐ คะแนน (ไม่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง)
- ประเมิน OAS = ๐ คะแนน (ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)

ปัญหาที่ ๒ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ข้อมูลสนับสนุน

- S : - ผู้ป่วยบอกว่ามีหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดมีคนตามมาฆ่า หวาดระแวง
- O : - วันที่ ๑๒ มิ.ย.๖๖ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ตาขวาง อาละวาด ทำลายข้าวของ ได้รับยา Hadol ๕ mg IM stat + Valium ๑๐ mg IV stat และผูกมัด ผู้ป่วยไว้กับเตียง

เป้าหมายทางการพยาบาล

-ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด

เกณฑ์การประเมินผล

-ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
๒. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล
๓. แจ้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อขออนุญาตผูกมัดผู้ป่วยและเซ็นยินยอม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้
๔. แจ้งให้ครอบครัวทราบถึงเหตุผลของการผูกมัด และการดำเนินของโรค
๕. ใช้ผ้าผูกมัดที่บุฟองน้ำป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะเคลื่อนไหว

๖. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด และให้อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูกมัดสามารถเคลื่อนไหวได้ใกล้เคียง ให้ ๑- ๒ นิ้ว สอดใต้ผ้าได้ แขน ขาต้องไม่บิดเบี้ยวขณะให้การผูกมัดได้ คำนึงถึงความปลอดภัยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ
 ๗. ประเมินอาการทุก ๑๕ – ๓๐ นาที
 ๘. คลายผ้าผูกมัดออกทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพผิวหนังและข้อบริเวณที่ผูกมัด
 ๙. คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง และยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตราย
 ๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
 ๑๑. ประเมินสัญญาณชีพ
 ๑๒. บันทึกและประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- การประเมินผล (๒๖ มิ.ย.๖๖)**
-ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด

ปัญหาที่ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากได้รับยารักษาอาการทางจิต

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่ามีมึนงง ง่วงนอนหลังได้รับการฉีดยาและรับประทานยา

O : จากประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยได้รับยา

- Olanzapine ๑๐ mg ๑ tab oral stat
- Hadol ๕ mg IM stat + Valium ๑๐ mg IV stat
- Risperidone ๒ mg ๑x๒ oral pc
- Quantia ๒๐๐ mg ๑/๒ x ๑ oral pc เช้า ,๑x๑ oral hs
- Clozapine ๒๕ mg ๒x๑ oral hs
- Fendec ๒๕ mg IM q ๒ wks

เป้าหมายทางการพยาบาล

- เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
- เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ
- ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพระดับความรู้สึกของผู้ป่วย
๒. ประเมินผลข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น หน้ามืด ตาลาย มึนงง เดินเซ ง่วงนอนมาก หรือหลับมาก
๓. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก ๑๒ ชั่วโมง หรือกรณีผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางกาย หรือมีความผิดปกติของสัญญาณชีพ ให้วัดสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง
๔. อธิบายถึงผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นของยาต้านอาการทางจิต และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจาก Postural hypotension เช่น หก ล้ม ตกเตียง ให้คำแนะนำระมัดระวังในการเดินและการเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ ถ้ามีอาการหน้ามืดบนเตียงให้นอนลง หรืออยู่บนเก้าอี้ให้พุงลงที่เตียง/เก้าอี้ จากท่านั่งเป็นท่านอน ให้กลับท่านั่งแล้วกลับตัก่อนจนหายแล้วค่อยลุกช้า ๆ

๕. จัดให้อยู่ในสถานที่ใกล้ Nurse station หรือมองเห็นได้ชัดเจน สะดวกต่อการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบไม่มีสิ่งกีดขวางพื้นไม่เปียกชื้น จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่มีไม้กั้นเตียงและยกไม้กั้นเตียงขึ้น
๖. ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย ป้อนอาหาร ดูแลเรื่องการขับถ่าย ในกรณี que ผู้ป่วยพอช่วยเหลือตัวเองได้ ให้การช่วยเหลือ พยายามไปห้องน้ำจัดอาหารให้รับประทานในหอผู้ป่วย
๗. จัดกิจกรรมให้นอนพักผ่อนบนเตียงในกรณีผู้ป่วยเหนื่อยมาก อ่อนเพลียมากหรือความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิเมตรปรอท Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท หรือร่วมกับมีอาการมีนง
๘. บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (๑๔ ก.ค.๖๖)

ผู้ป่วยได้รับการดูแล ฝึกระวัง ผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิตอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ปกติ

ปัญหาที่ ๔ เสี่ยงต่อการเกิด Extra Pyramidal Syndrome จากการได้รับยากลุ่ม Antipsychotic drugs ข้อมูลสนับสนุน

- : ได้รับยากลุ่ม Antipsychotic drugs ดังนี้
- Olanzapine ๑๐ mg ๑ tab oral stat
 - Hadol ๕ mg IM prn for aggression
 - Risperidone ๒ mg ๑x๒ oral pc
 - Clozapine ๒๕ mg ๒x๑ oral hs
 - Quantia ๒๐๐ mg ๑ x ๑ oral hs
 - Fendec ๒๕ mg IM q ๒ wks

เป้าหมายทางการพยาบาล

-ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างบำบัดรักษา
- ไม่เกิดภาวะ Extra Pyramidal Syndrome

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ปลอดภัย และมั่นใจในตัวพยาบาล
๒. ประเมินและสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต เช่น อาการ Extra Pyramidal Syndrome โดยใช้แบบประเมินการเกิดอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ Modified Simpson Angus Scale (Mod-SAS) ซึ่งประเมินใน ๕ ด้าน คือ การเดิน การแกว่งแขน การเกร็งข้อศอก การเกร็งข้อมือ การสั่น และน้ำลายไหล
๓. ดูแลให้ได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย ระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
๔. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง คอแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก กระจกกระส่าย หากพบว่ามีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทราบทันทีเพื่อการดูแลรักษาต่อไป
๕. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

๖. บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (๑๔ ก.ค.๖๖)

ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างบำบัดรักษา ไม่เกิดภาวะ Extra Pyramidal Syndrome จากการได้รับยากลุ่ม Antipsychotic drugs

ระยะเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง

ปัญหาที่ ๕ การควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่าหงุดหงิด โมโหง่ายเมื่อทะเลาะกับพ่อเลี้ยง จะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ใช้มือขวาท่อยกระจกแตก อาละวาด ทำลายข้าวของ
- O : จากประวัติในเวชระเบียน ที่ผ่านมาผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ใช้มือขวาท่อยกระจกแตก เวลามีปัญหาหรือเครียด จะใช้กัญชาทุกครั้ง

เป้าหมายทางการแพทย์พยาบาล

-ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่ก่อเหตุทะเลาะวิวาท
- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยคนอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก คับข้องใจด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจฟังอย่างตั้งใจ
๒. ทำกิจกรรมรายบุคคลเพื่อฝึกการควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหา
 - ๒.๑ การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยสอบถามผู้ป่วยที่ผ่านมา อารมณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นอารมณ์แบบไหน
 - ๒.๒ การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ
 - ๑) ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในอดีตที่ผ่านมาผู้ป่วยเคยมีปัญหาบุคคลในครอบครัวแล้วใช้อารมณ์บ้างหรือไม่ แก้ปัญหาอย่างไร
 - ๒) สะท้อนความคิด อารมณ์ต่างๆ ที่แสดงออกามีข้อดีและข้อเสียอะไรบ้าง การเสพกัญชามีผลกระทบต่ออารมณ์อย่างไร จะจัดการกับอารมณ์ และเผชิญปัญหานี้อย่างไร
 - ๒.๓ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ
 - ๑) ให้ความรู้แนวทางการควบคุมอารมณ์ และการแก้ไขปัญหา
 - ๒) คิดทบทวนอารมณ์ เมื่อเข้าสู่สถานการณ์ที่มีตัวกระตุ้นอารมณ์ ต้องตั้งสติ หาสาเหตุของการเกิดอารมณ์ โกรธนั้นว่าเกิดจากอะไร เกิดผลกับตัวเราเองและบุคคลอื่นอย่างไร
 - ๓) ตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์แล้วลงมือปฏิบัติ โดยใช้เทคนิคต่อไปนี้
 - การระบายอารมณ์โกรธ เป็นการระบายอารมณ์ที่อัดอั้นในใจออกมา เช่น ตะโกนเสียงดังๆ ยาวๆ นานๆ ในห้องน้ำ, จับปากกามาขีดเขียนบนกระดาน, เล่นกีฬาที่ได้ออกแรง, เตะกระสอบทราย
 - การสร้างความผ่อนคลาย เมื่อความโกรธทำให้เกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เช่น ฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ สัก ๕-๑๐ นาที
 - ปรึกษาบุคคลที่ไว้ใจ

๔) คาดการณ์ผลของอารมณ์ที่จะตามมา

๕) ประเมินสถานการณ์การควบคุมอารมณ์อีกครั้ง

๒.๔ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิผล การฝึกควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้เสพติดควบคุมตนเองได้ดีขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยั่วยุอารมณ์ต่างๆ จนสามารถลด ละ เลิก หรือหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพติดซ้ำ

๓. บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัด และเพื่อนผู้ป่วย ไม่ก่อเหตุทะเลาะวิวาท ผู้ป่วยฝึกการควบคุมอารมณ์โดยการฝึกผ่อนคลายลมหายใจ เวลามีปัญหาหรือทะเลาะกับพ่อเลี้ยง จะปรึกษาพี่สาวที่เป็นลูกพี่ลูกน้อง

ปัญหาที่ ๖ มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าน้อยใจพ่อเลี้ยง ชอบพูดว่าตนเองเป็นลูกชู้ ทำให้รู้สึกด้อยค่า

O : ผู้ป่วยสีหน้าเศร้าขณะเล่าให้ฟัง

เป้าหมายทางการพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น
- เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างคุณค่าในตนเองได้เห็นคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยรู้สึกมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้นบอกส่วนดีของตนเองได้
- ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นยอมรับว่าตัวเองมีคุณค่า

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ
๒. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเองของผู้ป่วย
๓. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก ที่เกิดขึ้นหรือสาเหตุของการมองตนเองด้านลบ
๔. ให้คำปรึกษา และแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย ด้วยการให้พูดคุยระบายความรู้สึกกับเพื่อนที่สนิทหรือคนในครอบครัว
๕. ให้ผู้ป่วยฝึกทำสมาธิ ฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน
๖. ส่งเสริมผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ
๗. มอบหมายงานที่ผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ เช่น ช่วยพับผ้า และให้แรงเสริมทางบวกตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า และส่งเสริมความภาคภูมิใจ
๘. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองเห็นความสำเร็จในอดีต เช่น ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความดีที่เคยทำ พร้อมกล่าวชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำดี
๙. พูดคุยกับคนในครอบครัวของผู้ป่วยในการให้กำลังใจ และการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การสื่อสารทางบวก ชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดี ไม่ตำหนิโดยไม่บอกเหตุผล มอบหน้าที่ให้ผู้ผู้ป่วยรับผิดชอบ
๑๐. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก ฝึกการคิด และพฤติกรรมรักตัวเอง การสร้างความหวัง การร่วมกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น

๑๑. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล (๑๔ ก.ค.๖๖)

ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคนสำคัญของครอบครัว มีแผนการดำเนินชีวิตหลังจำหน่าย จะเลิกกัญชา กลับจะไปทำอาหารให้พ่อเลี้ยงกิน

ปัญหาที่ ๗ สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าตนมีปัญหาเกี่ยวกับพ่อเลี้ยง ทะเลาะกันบ่อยมาก แต่รักพ่อเลี้ยงมากกว่าพ่อ ซึ่งเข้มงวดการใช้ชีวิต ปกติไม่ค่อยคุยกัน

O : ขณะครอบครัวมาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยจะทะเลาะพ่อและพ่อเลี้ยงทุกครั้ง

เป้าหมายทางการพยาบาล

-ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว

-ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว

เกณฑ์การประเมินผล

-ผู้ป่วยและครอบครัวคุยกันด้วยท่าที่เป็นมิตรแสดงออกด้วยท่าที่ห่วงใยใส่ใจกัน

-ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ
๒. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัวจากการพูดคุย และการแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์การมีส่วนร่วมของครอบครัว
๓. ให้คำปรึกษาครอบครัวตามสภาพปัญหา
๔. นำครอบครัวและผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมการทำหน้าที่ของครอบครัว ครอบครัวสัมพันธ์และให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัว
๕. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมที่ทางตึกจัดไว้ มีการทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ จัดกิจกรรม Walk Rally ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันคิดร่วมกันวางแผนตามแต่ละฐาน ทำให้มีความสัมพันธ์กันมากขึ้น
๖. แนะนำให้ครอบครัวหาเวลามาเยี่ยมและให้กำลังใจบ่อย ๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
๗. ทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการสนับสนุน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย
๘. สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (๑๔ ก.ค.๖๖)

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี จะกอดกันทุกครั้งที่เจอกัน

- ผู้ป่วยเข้าใจในบทบาทของตนเองในบทบาทหน้าที่การเป็นบุตร

ระยะอาการคงที่

ปัญหาที่ ๘ เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทเนื่องจากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และใช้สารเสพติดร่วมด้วย

ข้อมูลสนับสนุน

S :- ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานยาแล้วว่าง จึงไม่ยอมรับรับประทานยา

O :- จากประวัติเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อเนื่อง และมีการใช้กัญชาซ้ำ

- ประเมินคะแนนความตั้งใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง ๕ คะแนน อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลง
ขั้นลังเลใจ (contemplation)

เป้าหมายทางการพยาบาล

-ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้อาการเจ็บป่วยของตนเอง

-ลดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภท

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยให้ร่วมมือ และมีความตั้งใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง และเห็นความสำคัญในการเลิกใช้กัญชา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ พูดคุยและให้การเสริมแรงทางบวกเกี่ยวกับการรับประทานยา
๒. ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษาด้วยยา สร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยโดยเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้
 - ๒.๑ คุณเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการรักษาอย่างไร
 - ๒.๒ คุณมีความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งให้ได้อย่างไร
 - ๒.๓ การรับประทานยาส่งผลต่อตัวคุณอย่างไร
 - ๒.๔ อะไรทำให้คุณกังวลหรือลังเลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา
 - ๒.๕ อุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มีอะไรบ้าง
 - ๒.๖ คุณมองเรื่องการรับประทานยาในช่วงปีที่ผ่านมาอย่างไร
 - ๒.๗ ที่ผ่านมาสาเหตุที่ทำให้อาการของโรคกำเริบมีอะไรบ้าง
๓. รับฟังผู้ป่วยอย่างใส่ใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความขัดแย้งในตนเอง เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงยอมรับผู้ป่วย ไม่ตัดสินความคิด ความเชื่อผู้ป่วย โดยเคลื่อนไปตามแรงต้านของผู้ป่วยและเคารพในความคิดเห็นของผู้ป่วย ให้เกียรติผู้ป่วยในการตัดสินใจ หลีกเลี่ยงทะเลาะหรือโต้แย้งกับผู้ป่วย และสนับสนุนศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของผู้ป่วย
๔. ให้ผู้ป่วยตรวจสอบแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการรับประทานยาต่อเนื่องว่าผู้ป่วยมีคะแนนความตั้งใจในการรับประทานยาต่อเนื่องเมื่อไปอยู่ที่บ้านในระดับใด โดยให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักคะแนนแบบสอบถามขึ้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีคะแนน ๐-๑๐ ให้คะแนน ๑๐ หมายถึงรับประทานยาต่อเนื่องแน่นอน ให้คะแนน ๐ หมายถึง ยังไม่พร้อมที่จะรับประทานยา
๕. หากผู้ป่วยลังเลใจ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ใช้เทคนิคสะท้อนความรู้สึกให้ผู้ป่วยทราบว่าเขามีความลังเลใจ และให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย(ผลกระทบ) ของการรับประทานยาต่อเนื่อง และข้อดี-ข้อเสีย(ผลกระทบ) การไม่รับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ และให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางที่เหมาะสม รวมถึงการวางแผนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้อย่างไร ถ้าเกิดอุปสรรคจากการรับประทานยา เช่น อาการง่วง , มีอาการคอแข็ง, ลื่นแข็ง

๖. ให้ผู้ป่วยตรวจสอบแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการรับประทานยาต่อเนื่องอีกครั้งว่าผู้ป่วยมีคะแนนความตั้งใจในการรับประทานยาต่อเนื่องเมื่อไปอยู่ที่บ้านในระดับใด
๗. หากผู้ป่วยมีความคิดร่วมมือในการรักษาด้วยยาดี ขึ้นชมในการตัดสินใจว่าสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเองให้กำลังใจ และเชื่อมั่นว่าทำได้
๘. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและระบายความรู้สึก และสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยา

การประเมินผล (๑๔ ก.ค.๖๖)

ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการเลิกใช้กัญชา มีคะแนนความตั้งใจการรับประทานยาต่อเนื่อง ๑๐ คะแนน อยู่ในระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) ซึ่งผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือการรับประทานยาต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ปัญหาที่ ๙ ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- S: - ผู้ป่วยบ่นเป็นห่วงเรื่องทำงานหารายได้ อยากกลับบ้าน ไม่อยากเข้ารับการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
 O: - ผู้ป่วยไม่สนใจในการเข้ากลุ่มกิจกรรมแนะนำการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นั่งเหม่อ
 - Stage of change อยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation)

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถเข้าร่วมกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก และทำให้ทราบเหตุผลของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ
๓. ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริมแรงจูงใจ ให้เห็นผลดี ผลเสียสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี เพื่อให้ทราบระดับขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย และให้คำแนะนำได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติต่อเนื่อง
๔. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล
๕. แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเลือกหนึ่งโดยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward ยาเสพติด

การประเมินผล (๑๔ ก.ค.๖๖)

๑. ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษาในระยะบำบัดยา รวม ๓๒ วัน และย้ายเข้ารับการบำบัดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward ยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
๒. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา stage of change อยู่ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) โดยผู้ป่วยตัดสินใจบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward ยาเสพติด

ปัญหาที่ ๑๐ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ เนื่องจาก

- ผู้ป่วยขาดความตระหนักโทษพิษภัยของสารเสพติด
- ผู้ป่วยขาดทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา
- ขาดแรงจูงใจการเลิกสารเสพติด

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยพูดว่า “เวลามีปัญหาหรือเครียด จะใช้กัญชาทุกครั้ง กัญชาทำให้หายเครียดได้ เกิดความสนุกเพลิดเพลิน”
 O: คบเพื่อนที่ใชยาเสพติด

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงโทษพิษภัยของสารเสพติด มีแรงจูงใจการเลิกสารเสพติด มีทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงโทษพิษภัยของสารเสพติด มีแรงจูงใจการเลิกสารเสพติด มีทักษะการเผชิญและแก้ไขปัญหา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลิกสารเสพติดของผู้ป่วย
๒. สสำรวจแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด โดยใช้แบบสอบถามขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
๓. สร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติดให้กับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการใช้ยาที่ผ่านมา และผลกระทบที่เกิดจากการเสพยา
๔. นำผู้ป่วยเข้ากลุ่มโรคสมองติดยา ให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าหากเสพยาต่อจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง และหากหยุดเสพยา จะเป็นอย่างไร
๕. วางแผนป้องกันการเสพยาซ้ำร่วมกับผู้ป่วย โดย
 - ๕.๑ กรณีเผชิญกับตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การแพร่ระบาดในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่เพื่อนชวน ฯลฯ
 - ๕.๒ กรณีของตัวกระตุ้นภายในที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ อารมณ์ทางลบ เครียด เบื่อ หงุดหงิด ฯลฯ จะจัดการอารมณ์เหล่านี้
อย่างไร
 - ๕.๓ กรณีของความอยากเสพยา สามารถจัดการความอยากได้หลายวิธีได้แก่ คิดถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากกลับไปเสพยาจะ
ไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือใช้วิธีคิดหนึ่งยางแรงๆเพื่อกระตุ้นเตือนตนเองว่าจะไม่กลับไปเสพยาอีก อาน้ำอุ่น
สลับน้ำเย็นเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย หรือหาสิ่งอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความคิด
๖. เสริมทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าปัญหาที่ผ่านมา และให้พิจารณาการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม
โดยให้ผู้ป่วยทดลองแก้ไขปัญหานั้นที่ผ่านมา และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
๗. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลิกสารเสพติดและเทคนิคที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการเสพยาซ้ำได้สำเร็จ
และเน้นย้ำเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเลิกเสพยา

การประเมินผล (๑๔ ก.ค.๖๖)

- ผู้ป่วยรู้ผลกระทบของสารเสพติดทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบ และบอกว่าจะเลิกสูบกัญชา
- คะแนนความตั้งใจเลิกสารเสพติด ๑๐ คะแนน อยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action)

สรุปการรักษาที่ได้รับ

๑. การบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษา Antipsychotics Drug, Antidepressants Drug, Antianxiety Drug และ Mood Stabilizer Drug พยาบาลจะต้องดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประเมินอาการถอนพิษยา สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ ให้เข้าใจ ยอมรับ และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมที่รุนแรง

๒. การบำบัดทางจิตสังคม

- ประเมินระดับแรงจูงใจ (Stage of Change) ในการเลิกยาเสพติด Stage of Change อยู่ระยะกาเปลี่ยนแปลงขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action)

- ให้คำปรึกษารายบุคคล

- ทำกิจกรรมบำบัดตามกระบวนการรายบุคคล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด เช่น ความรู้โทษพิษภัยของสารเสพติด และการเกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทที่ทำให้เกิดการก่อความรุนแรง ทักษะป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ และการเสริมพลังอำนาจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ผู้ป่วยรายนี้อยู่บำบัดรักษาในระยะบำบัดยา รวม ๓๒ วัน และส่งต่อเข้ารับการรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน Home ward ยาเสพติด รวม ๑๒๐ วัน ติดตามการรักษาผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของ Home ward ยาเสพติด โดยติดตามผ่านวิดีโอคอลทาง Line Official Account ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น แจ่มใส บอกว่ารับปริญญาตรีแล้ว ครอบครัวของผู้ป่วยบอกว่าดีใจมากที่ลูกได้รับปริญญาตรีและไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

วิจารณ์

กรณีศึกษาผู้ป่วยเสพยาเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงนี้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการพยาบาลระยะบำบัดด้วยยา พยาบาลต้องประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประเมินอาการถอนพิษยา สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ ให้เข้าใจ ยอมรับ และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมที่รุนแรง เมื่ออาการผู้ป่วยดีขึ้นให้ความรู้โทษพิษภัยของสารเสพติด และการเกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทที่ทำให้เกิดการก่อความรุนแรงขึ้นได้ ทักษะป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ เสริมสร้างแรงจูงใจการเลิกสารเสพติด และส่งต่อเข้ารับการรักษาต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลในกรณีศึกษานี้ มีความซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ที่มีปัญหาติดยาและสารเสพติด หรือมีความผิดปกติทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว เป้าหมายของการพยาบาลโรคจิตเภทจากการใช้ยาและสารเสพติด คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาและสารเสพติด และลดอาการทางจิตเวชลง รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ดังนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) การวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยโดยมีความเฉพาะราย ซึ่งต้องเข้าใจพยาธิสภาพของโรค กลไกการออกฤทธิ์ของกัญชา ยาเสพติด ความรู้เกี่ยวกับยาจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากได้รับยาต้านอาการทางจิต ยาต้านเศร้า บรรเทาอาการไม่สุขสบายจากการขาดยา การสร้างแรงจูงใจการดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบ Home ward ยาเสพติด โดยให้การบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ ประเมินระดับแรงจูงใจ

(Stage of Change) ในการเลิกยาเสพติด ให้คำปรึกษารายบุคคล ทำกิจกรรมบำบัดตามกระบวนการรายบุคคล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด และกิจกรรมตามโปรแกรม การบำบัด เช่น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทาน ยา ประเมินสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา การจัดการอาการอยากยา การจัดการตัวกระตุ้น การจัดการ อารมณ์โกรธ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยาเสพติด และการเสริมพลังอำนาจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่อง เป็นต้น เพื่อฟื้นฟูทักษะทางสังคม การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ประสานหน่วยงาน โรงพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน ญาติเครือข่าย เพื่อการส่งต่อ ติดตามเฝ้าระวัง ให้การช่วยเหลือ ร่วมกันดูแลในทุกมิติ ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เสริมสร้างสุขภาวะให้ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน ให้ความรู้ผู้ป่วยในการปฏิบัติตน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติตน ได้ถูกต้อง และป้องกันการมีอาการโรคทางจิตเภทกำเริบซ้ำอีก เพิ่มศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบครัว ชุมชนเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น ดูแลป้องกันการกลับไปใช้กัญชาซ้ำ และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้รับการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัวชุมชนอย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

๑) ผู้ป่วยยาเสพติด ส่วนใหญ่มักมีภาพพจน์ (Self-image) เกี่ยวกับตนเองว่าไม่เป็นที่ยอมรับของครอบครัว และสังคมซึ่งจะเป็นปัญหาการดูแลในอนาคต ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ดังนั้น ทีมผู้บำบัด ควรมีการวางแผนการดูแล ให้ความรู้ ทักษะการแก้ไขปัญหา การฝึกทักษะการค้นหาและจำแนก ตัวกระตุ้น การเผชิญตัวกระตุ้นฉุกเฉิน การยอมรับตนเอง เห็นคุณค่าตนเอง สร้างความมุ่งมั่นตั้งใจในการเลิกยา การสำรวจอารมณ์ตนเอง รับรู้อารมณ์ ควบคุมและแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมทั้งความรู้สึก ความคิด การพูด และพฤติกรรม การผ่อนคลายความเครียดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าว การเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหา การใช้เวลาวางให้เป็นประโยชน์ การดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัว การสร้างความสุขให้เกิดขึ้น ในใจตนเอง และการประคับประคอง ดูแลช่วยเหลือของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยไม่พึ่งยาเสพติด

๒) ผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดร่วมกับป่วยโรคร่วมจิตเภทมีโอกาสในการที่มีอาการจะรุนแรง จนไม่สามารถ ควบคุมได้ และต้องเข้ารับบริการทางสุขภาพมากขึ้นเป็นสองเท่า อาจเกิดอันตรายต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ พยาบาลควรมีการสังเกตพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย

๓) ผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวช พยาบาลควรมีการสังเกตอาการ ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงจากการได้รับยาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง

๔) ส่งเสริมปรับเจตคติให้บุคลากรทางการพยาบาล คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมทางการพยาบาล ให้การดูแล ผู้ป่วยยาและสารเสพติดอย่างองค์รวม และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ตีตรา มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันในการ ดูแลทางสุขภาพผู้ป่วยยาและสารเสพติด รวมถึงพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ให้มีความรู้ ความเข้าใจ จิตสำนึกของการดูแล ความจริงใจ ความรัก ความเมตตา เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มี พฤติกรรมเชิงซับซ้อน

๕) การใช้กระบวนการพยาบาล และการรวบรวมข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ จะช่วยให้การ ประเมินสภาพปัญหา วินิจฉัย และวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมตรงกับสภาพปัญหา จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความ

ปลอดภัย และอาการต่างๆ ดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงการพัฒนาทักษะชีวิตให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม และป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพติดซ้ำ

๖) แรงจูงใจในการอยู่บำบัดรักษาของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติและแรงจูงใจที่ดีในการอยู่บำบัดรักษาต่อเนื่องจนครบโปรแกรม

๗) การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้ ทบทวนตนเอง ทราบผลเสียของการใช้ยาเสพติด ทำให้มีความตระหนักในการเลิกยาเสพติดอย่างจริงจังมากขึ้น เพื่อช่วยป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

๘) ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษา ทีมบำบัดควรกระตุ้นให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการบำบัด และวางแผนการจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน วางแผนการป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ มีเป้าหมายหรือแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน มีแนวทางการประกอบอาชีพที่เหมาะสม เพื่อมีรายได้ดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน และช่วยป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

๙) จัดให้มีระบบบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ระดับตติยภูมิที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเภทและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ

๑๐) ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบงานยาเสพติด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะการปฏิบัติงาน และเพิ่มศักยภาพในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยยาและสารเสพติดมากยิ่งขึ้น

ด้านนโยบาย

๑) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับบุคลากรพยาบาลที่ทำงานด้านยาเสพติด เป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีพฤติกรรมเชิงซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง

๒) ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดกัญชาที่มีโรคร่วมจิตเภทและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พัฒนาโปรแกรมลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

- ณรงค์ ศิลปสคราญ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (๒๕๖๒). ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี. วารสารกรมการแพทย์, ๔๕(๑), ๑๒-๒๐.
- ผกาทิพย์ รื่นระเริงศักดิ์. (๒๕๖๒). กัญชากับการรักษาโรค. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๗] เข้าถึงได้จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/>
- พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๘ ตอนที่ ๗๓ ก. วันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔.[ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๗] เข้าถึงได้จาก <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/>
- พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๔ ตอนที่ ๑๙ ก วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๖๗] เข้าถึงได้จาก <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/>
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). (๒๕๖๗). ข้อมูลสถิติปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๗] เข้าถึงได้จาก <http://www.pmnidat.go.th/>
- อมร ลีลารัศมี, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, ชัญวลี ศรีสุโข และเมธี วงศ์ศิริสุวรรณ.(บ.ก.). (๒๕๖๒). คำแนะนำสำหรับ แพทย์การใช้กัญชาทางการแพทย์. แพทยสภา.
- HDC Service กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๗). จำนวนผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V). Retrieved April ๒๒, ๒๐๒๔, from <https://hdcservice.moph.go.th/>
- HDC Service กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๗). อัตราผู้ป่วยรายใหม่และความชุกของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา. Retrieved April ๒๒, ๒๐๒๔, from <https://hdcservice.moph.go.th/>
- UNODC. (๒๐๒๓). World Drug Report. Retrieved October ๓๐, ๒๐๒๓, from <https://www.unodc.org/>