

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อ
ความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด

โดย

นางสาวดาราวัลย์ พลลาภ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ ๙๑๘๓

งานการพยาบาลผู้ป่วยในบำบัดด้วยยา
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
กรมการแพทย์

คำนำ

การติดกัญชา เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขและทางด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ปัจจุบันผู้เสพติดกัญชา ถือว่าเป็นผู้ป่วย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่อาจมีการกลับมาเสพซ้ำได้ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นได้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ พบว่า ช่วงอาการถอนพิษยาและช่วงเปลี่ยนผ่านสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น ผู้ป่วยที่มีอาการขาดยาจะมีการแสดงออกทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรง ที่แสดงออกถึงความก้าวร้าว ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอันตรายกับตัวของผู้ป่วย ผู้อื่น หรือบุคลากรทางการแพทย์ จากแนวโน้มที่ผู้ติดกัญชามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นมากขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น รวมทั้งอาจเกิดความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วย ทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรที่ให้การดูแล

ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยบำบัดยา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จึงมีการประชุมร่วมกับทีมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย พบว่าที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนทำให้การปฏิบัติงานไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเสพติด กัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัดมาใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน และเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อไป

นางสาวดาราวัลย์ พลลาภ

ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	จ
สารบัญแผนภาพ	ฉ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	๑
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	๕
ขั้นตอนการดำเนินงาน	๕
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๕
บทที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง และการทบทวนวรรณกรรม	๗
๑. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา	๘
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา	๘
เภสัชพลศาสตร์ของกัญชา	๙
๒. โรคเสพติดกัญชา	๑๐
ความหมายของโรคเสพติดกัญชา	๑๐
พยาธิสรีรวิทยา และกลไกการเกิดโรค	๑๑
อาการและอาการแสดงทางคลินิก	๑๓
การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัย	๑๔
ระดับความรุนแรงของโรคเสพติดกัญชา	๑๖
ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบจากโรค	๑๗
การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ	๒๐
๓. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)	๒๑
ความหมายพฤติกรรมก้าวร้าว	๒๑
การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว	๒๑
ความหมายผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	๒๒
เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	๒๒
การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	๒๔
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ในโรงพยาบาล	๒๔
ธัญญารักษ์ขอนแก่น	
การดูแลฟื้นฟูทางสังคมจิตใจผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	๓๑
การติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา	๓๒

สารบัญ

	หน้า
๔. หลักการนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)	๓๓
บทที่ ๓ การพยาบาลและการแผนการพยาบาล	๓๗
กระบวนการพยาบาลผู้ติดสารเสพติด	๓๗
การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชา	๓๘
ทฤษฎีทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศน์บำบัด	๔๗
การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health)	๔๗
การนำหลักการนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด	๔๙
บทที่ ๔ กรณีศึกษา	๕๕
ข้อมูลประวัติและอาการ	๕๕
การประเมินสภาพร่างกาย	๕๘
การประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพ	๕๙
การตรวจสภาพจิต	๖๐
การประเมินโดยสหวิชาชีพอื่นๆ	๖๓
การวิเคราะห์จิตพลวัตร (Psychodynamic formulation)	๖๖
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๖๗
แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	๖๘
การประเมินด้วยแบบประเมินต่างๆ และการตรวจพิเศษอื่นๆ	๗๒
การเปรียบเทียบทางทฤษฎีและกรณีศึกษา	๗๓
การรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีและกรณีศึกษา	๘๑
การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (การวินิจฉัยทางการพยาบาล)	๙๘
การวางแผนการจำหน่าย	๑๐๙
การติดตามผล	๑๑๑
บทที่ ๕ สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา ปัญหา/อุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะ	๑๑๔
สรุปกรณีศึกษา	๑๑๔
วิเคราะห์กรณีศึกษา	๑๑๕
ปัญหา/อุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา	๑๑๖
ข้อเสนอแนะ	๑๑๖

สารบัญ

บรรณานุกรม

หน้า

๑๑๘

ภาคผนวก

๑๒๒

ก. ยาและผลข้างเคียงของยา

๑๒๓

ข. แบบประเมินต่างๆ

๑๒๗

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ ๑ แสดงระดับความรุนแรงของการเสพติดกัญชา	๑๖
ตารางที่ ๒ แสดงกระบวนการพยาบาล และการนำแนวคิดนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด	๕๑
ตารางที่ ๓ แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	๖๗
ตารางที่ ๔ แสดงแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	๖๘
ตารางที่ ๕ แสดงผลการประเมินด้วยแบบประเมินต่าง ๆ	๗๒
ตารางที่ ๖ แสดงการเปรียบเทียบทางทฤษฎีและกรณีศึกษา	๗๓
ตารางที่ ๗ แสดงการรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีและกรณีศึกษา	๘๑
ตารางที่ ๘ อาการและการเปลี่ยนแปลงที่พบระหว่างบำบัดรักษา	๙๐

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ ๑ กลไกการทำงานของตัวรับจำเพาะ	๑๒
แผนภาพที่ ๒ แสดงแผนผังแนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าว โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น	๓๑
แผนภาพที่ ๓ แสดงการวิเคราะห์กลไกการเกิดปัญหาทางจิต (Psychodynamic formulation)	๖๖

บทที่ ๑ บทนำ

๑. ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญในทุกประเทศทั่วโลกซึ่งสารเสพติดส่งผลโดยตรงต่อผู้เสพทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และมีแนวโน้มของการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากข้อมูล World Drug Report ๒๐๒๒ ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ รายงานการใช้น้ำยาและสารเสพติด พบว่าในปี ๒๐๒๐ - ๒๐๒๑ มีประชากรทั่วโลกใช้น้ำยาเสพติดถึง ๒๘๔ และ ๒๙๖ ล้านคนตามลำดับ ในช่วงอายุ ๑๕-๖๔ ปี มีผู้ติดยาเสพติดคิดเป็นร้อยละ ๒๖ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และคาดการณ์ว่าในปี ๒๐๓๐ จะมีผู้ใช้น้ำยาเสพติดถึงประมาณ ๒๙๙ ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มของอายุลดลง โดยยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุดในปี ๒๐๒๐ คือ กัญชา โดยมีผู้ใช้มากถึง ๒๐๐ ล้านคน รองลงมาคือ เฮโรอีน ๖๒ ล้านคน แอมเฟตามีนและอนุพันธ์ ๒๗ ล้านคน เอ็กซ์ตาซี ๒๐ ล้านคน และโคเคน ๒๐ ล้านคนตามลำดับ (United Nations Office on Drugs and Crime, ๒๐๒๒) สำหรับในประเทศไทยสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มที่แพร่ระบาดมากขึ้นตามการขับเคลื่อนของอุปทาน (supply) ของการผลิตยาเสพติดนอกประเทศโดยจะเห็นได้จากปริมาณยาเสพติดที่มีการลักลอบนำเข้าเพิ่มขึ้นส่งผลให้น้ำยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศและด้วยกลยุทธการค้าของกลุ่มนักค้ายาเสพติด ที่ทำให้น้ำยาเสพติดมีราคาที่ถูกลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการใช้น้ำยาเสพติดในประเทศเพิ่มมากขึ้น พบได้จากรายงานจำนวนผู้เสพยาใหม่ที่เข้าสู่วงจรการใช้น้ำยาเสพติดมากขึ้น โดยสอดคล้องกับรายงานข้อมูลจำนวนประชากรผู้เสพยาใหม่ พบสัดส่วนของผู้เสพยาใหม่ถึงร้อยละ ๗๐.๓๔ โดยไม่นับรวมผู้เสพยาจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อนไม่แสดงตัวจนเกิดภาวะติดซ้ำ ซึ่งส่งผลต่ออาการทางจิตเวชจากยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๖๔)

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกัญชา นับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๕ รัฐบาลได้มีการเปิดใช้นโยบาย “กัญชาเสรี” จากรายงานที่ผ่านมา พบว่ามีข่าวเกี่ยวกับการนำกัญชามาใช้เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดอยู่เสมอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้กัญชาในการในการสันทนการเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเพิ่มมากขึ้นมากที่สุดถึง ๑๐ เท่าตัว อย่างไรก็ตามปัญหาที่เกิดขึ้นคือ การใช้กัญชาเกินขอบเขตที่กฎหมายกำหนด ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจในผู้ใช้หลายราย

สำหรับกัญชาในประเทศไทย พบว่าเดิมกัญชาถูกจัดว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมายในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติกัญชา พ.ศ. ๒๕๓๗ ซึ่งห้ามมิให้มีการปลูก ซื้อมาขาย การจำหน่าย มีไว้ในครอบครองหรือสูบกัญชา และจัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ต่อมา มีการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ อนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ (พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ.๒๕๖๒,๒๕๖๒)

ประกอบกับพระราชบัญญัติยาเสพติด ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ (บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ, ๒๕๖๕) แต่ในช่วงที่ผ่านมา กัญชาได้กลายเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรัฐบาลไทยได้ประกาศให้กัญชาถูกกฎหมายในบางรูปแบบ การเปลี่ยนแปลงนี้เปิดโอกาสใหม่สำหรับการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์และสุขภาพมากขึ้น ซึ่งหลังจากรัฐบาลได้มีการประกาศกัญชาให้ถูกกฎหมาย จึงทำให้มีการใช้กัญชาแพร่หลายมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของผู้เสวกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งจะเห็นได้จากรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ใช้กัญชา จำนวน ๗,๒๙๙, ๔,๙๙๔, และ ๖,๕๓๗ ราย ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษากัญชาจำนวน ๓๐๖ ๕๓๑ และ ๙๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๓๙, ๘.๗๐ และ ๑๓.๐๘ ของผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี, ๒๕๖๖) และสอดคล้องกับสถิติการรับการรักษาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ที่พบว่า ในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ มีผู้ใช้กัญชามากถึง ๑๐๔ ราย และ ๒๑๔ ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, ๒๕๖๖) โดยในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษากัญชา พบว่า มีอาการทางจิตร่วมด้วยถึงร้อยละ ๘๐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วย เสพติดกัญชาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาเสพติด กรมการแพทย์ พบว่า ผู้ป่วย เสพติดกัญชามีความชุกในการเกิดโรคจิตเวช สูงถึงร้อยละ ๗๒.๓ ในจำนวนนี้พบโรคจิต (psychotic disorder) โรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder) และ โรควิตกกังวล (anxiety disorder) คิดเป็น ร้อยละ ๖๓.๔, ๓๙.๗ และ ๓๗.๑ ตามลำดับ (ชาญชัย ธงพานิช, ๒๕๖๒) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย เสพกัญชามีแนวโน้มต่อการก่อความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากสถิติของกรมสุขภาพจิต พบว่า ในปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยจิตเวชจากการเสวกัญชา ก่อความรุนแรงรายใหม่ ๓,๕๑๗ ราย เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒,๗๘๓ ราย ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๔๖๓ ราย (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๕)

จากสถิติข้างต้นทำให้เห็นว่า กัญชา ถือเป็นสารเสพติดมีสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (United Nations Office on Drugs and Crime, ๒๐๑๘) โดยกัญชาเป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์หลายอย่างผสมผสานกัน เริ่มตั้งแต่กระตุ้น กด และหลอนประสาท โดยในข้อดอกและใบกัญชามีสารพิษร้ายแรงชนิดหนึ่งเรียกว่า TETRAHYDROCANNABINOL (THC) ซึ่งเป็นสารพิษที่ทำลายสุขภาพร่างกาย และก่อให้เกิดอาการติดยา โดยหลังเสวกัญชาประมาณ ๑๕ - ๓๐ นาที ฤทธิ์ของ THC จะทำให้ร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของผู้เสวกเปลี่ยนแปลงไป การใช้กัญชาติดต่อกันจะเกิดอาการทนต่อยา (Tolerance) และเมื่อหยุดใช้ทันทีจะมีอาการขาดยา (Withdrawal) โดยจะรู้สึกสับสน วิตกกังวล หิวอาหาร ปวดศีรษะ เหงื่อออกมาก ไข้ สั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสีย สะอึก เบื่ออาหาร มักมีอาการหลังหยุดกัญชา ๒๔ - ๔๘ ชม. โดยมีอาการมากสุดในช่วงวันที่ ๔-๖ และอาการจะคงอยู่ ๑-๓ สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ได้รับ หากมีการเสวกัญชาในขนาดสูงที่ขึ้นจะเริ่มมีอาการซึมลง หากเสวกในขนาดสูงมากจะมีอาการประสาทหลอนทางหู มองเห็นวัตถุผิดจากความเป็นจริง และหากเสวกเป็นเวลานานอาจมีอาการเมินเฉย หรือมีอาการเหมือนโรคจิตเภท หูแว่ว ประสาทหลอน บางรายอาจถึงขั้นไม่สามารถควบคุม

สติตนเองได้ และมีอาการของโรคจิตในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๔) นอกจากนี้ก็มีฤทธิ์รบกวนการทำงานของสมอง และเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวช เช่น มีอาการโรคจิต แบบหลงผิด (Paranoid) หูแว่วประสาทหลอน (Hallucination) อารมณ์แปรปรวน (Mood disorder) ซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) หรืออาการหงุดหงิด ก้าวร้าว (Aggressive) เป็นต้น ซึ่งจะเกิดขึ้นขณะเสพหรือภายหลังการเสพ และอาการเหล่านี้อาจคงอยู่แม้ว่าจะหยุดเสพแล้วก็ตาม (ณรงค์ ศิลปะสะคราญ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, ๒๕๖๒) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเสพติดกัญชาส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ปัจจุบันการเสพกัญชามีการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้น และมีจำนวนผู้เสพเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากได้ถอดกัญชาออกจากการควบคุมโดยกฎหมาย เหลือไว้เพียงบางส่วนของกัญชาที่ยังคงถูกควบคุมโดยกฎหมายอยู่ ประชาชนสามารถปลูกและบริโภคกัญชาทั้งทางการแพทย์และเชิงสันทนาการได้ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด ทำให้การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายง่ายขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสพติดกัญชาส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยพบว่า เมื่อได้รับในขนาดน้อยๆ จะทำให้เกิดอารมณ์ครึกครื้น ช่างฝัน มีความสุข อารมณ์ครึกครื้น ช่างพูด มีความรู้สึกเหมือนตัวจะลอย มีความตื่นเต้นทางเพศ หากได้รับในขนาดสูงๆ กัญชาจะมีฤทธิ์คล้ายยาหลอนประสาททำให้ผู้ป่วย เกิดการเสพติด และเมื่อหยุด ใช้กัญชาทันทีจะมีอาการขาดยา โดยมีอาการแสดง ได้แก่ รู้สึกสับสน ร้อนสับสนหนาวเหงื่อออกมาก น้ำมูกไหล ท้องเสีย สะอึก เบื่ออาหาร เป็นต้น อาการจะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อหยุดเสพ ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษาอาการถอนยาไม่รุนแรง ผู้เสพติดกัญชาจึงไม่ตระหนักถึงโทษพิษภัยของกัญชา และมีการใช้กัญชาต่อเนื่องระยะยาวจนส่งผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย เมื่อใช้เป็นเวลานาน ก็จะมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชได้ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรม (ณรงค์ ศิลปะสะคราญ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, ๒๕๖๒) และพร้อมที่จะก่อความรุนแรงเพื่อให้ได้ยาเสพติดมาใช้ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกนำส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เห็นได้ว่าจำนวนของ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) มีจำนวนมากขึ้น การบริหารจัดการ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก่อความรุนแรงจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพซึ่งมักเป็นบุคคลแรกที่เข้าไปประเมินและควบคุมสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ดังนั้นจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีมีทักษะ และทำงานร่วมกันเป็นทีมด้วยความรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือนป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วยและผู้อื่นได้

จากปัญหาดังกล่าว ถือเป็นความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล นอกจากการเฝ้าระวังอาการทางกายที่เกิดจากการถอนพิษยา ต้องเฝ้าระวังอาการทางจิตและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เพราะพยาบาลที่ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือ โดยสามารถที่จะประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว วินิจฉัยปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและทันทั่วถึง จึงเป็นบทบาทการพยาบาลที่มีความสำคัญมาก เพราะการได้รับการดูแลอย่างทันทั่วถึง จะช่วยให้ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในระดับตติยภูมิ จากสถิติที่ผ่านมา

พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ติดยาและสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนและกัญชา และนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเสพกัญชา มีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) เพิ่มขึ้น และเกินศักยภาพในการดูแลจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ซึ่งจะเห็นได้จาก สถิติผู้ป่วยติดกัญชาที่พฤติกรรมก่อความรุนแรง ในปี ๒๕๖๕ และปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๙ ราย และจำนวน ๒๘ รายตามลำดับ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น, ๒๕๖๖) ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูง ผู้ศึกษาในฐานะรักษากาเหวหน้าติดหอดูผู้ป่วยยาเสพติดในระยะถอนพิษยา (Detoxification) งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จึงได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการประชุมเพื่อทบทวนปัญหาร่วมกับทีมพยาบาล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยพบว่าในช่วงอาการถอนพิษยา ผู้ป่วยเสพกัญชาที่มีอาการทางจิตมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมตนเองไม่ได้ เอะอะ โวยวาย ทำลายข้าวของ ไม่ให้ความร่วมมือในกระบวนการรักษา มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และทำร้ายบุคคลอื่น ที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้การปฏิบัติงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรบางส่วนยังขาดความเข้าใจ ทักษะที่จำเป็น และการดูแลที่เหมาะสม ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกัญชาในระยะถอนพิษยาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการ ให้การพยาบาล เนื่องจากต้องให้การดูแลทั้งอาการที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด รวมถึงอาการทางจิตหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ดังนั้นทีมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีสมรรถนะ ความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ ทักษะ ประสบการณ์ มีความไวในการแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้า และต้องดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย บางครั้งพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนยากต่อการยอมรับและการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดวิตกกังวล และไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย (Wason Kristin, et al, ๒๐๒๑) ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า การจัดสิ่งแวดลอมเพื่อการบำบัดสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้ โดยการจัดสิ่งแวดลอมเพื่อการบำบัด มีแนวทางการดูแลเบื้องต้นโดยการจัดสิ่งแวดลอมให้ปลอดภัย แยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่น เฝ้าระวังการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ร่วมกับการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด โดยศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราและงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล รวมทั้งศึกษาผู้ป่วยในสถานการณ์จริงและนำมาจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ ให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องได้มีแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และพัฒนาคุณภาพด้านการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

๒. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

๑. เพื่อทราบถึงความหมาย อาการ อาการแสดง การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด

๒. สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วย ให้การวางแผนการพยาบาล โดยระบุปัญหาที่พบ เป้าหมายการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัย

๓. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด ให้ได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัยเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

๓. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยา

๒. คัดเลือกกรณีศึกษาที่สนใจ คือ ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยา

๓. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาเกี่ยวกับ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันและในอดีต ประวัติการใช้สารเสพติด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล สาเหตุการใช้สารเสพติด ความคิด ความเชื่อ ประวัติการรักษา แบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจากญาติหรือครอบครัว ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมของผู้ป่วย พร้อมทั้ง ประเมินสภาพอาการทางจิตประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการบำบัดรักษา ในระยะถอนพิษยา

๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เรื่องกัญชา การเสพติดกัญชา ผู้ป่วยเสพติดกัญชาในระยะถอนพิษยา ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) แนวทางในการบำบัดรักษา แนวทางในการดูแล ทฤษฎีทางการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ หลักการนิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการบำบัดรักษา

๕. นำข้อมูลดังกล่าวข้างต้น มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

๖. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาล

๗. การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง

๘. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะ

๔. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านผู้ศึกษา

๑. มีความรู้ในการประเมินปัญหา สาเหตุ สามารถวางแผนให้การพยาบาล ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะถอนพิษยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๒. มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยา ด้วยหลักการนิเวศบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายกับบุคคลรอบข้าง เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

ด้านผู้ป่วย และครอบครัว

๑. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของตนเองที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับ การเสพติดกัญชา และตระหนักถึงการเสพติดกัญชาที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรม ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และส่งผลกระทบต่อร่างกาย สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องในระยะถอนพิษยา สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

๒. ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาในระยะถอนพิษยาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เหมาะสม เฝ้าระวังความเสี่ยงของพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้

ด้านบริการ

๑. ได้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด

๒. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัดมากขึ้น และใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เกิดความปลอดภัย เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ

๓. เป็นเอกสารวิชาการเพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลหรือผู้ที่สนใจศึกษา เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด

ด้านการวิจัย

เป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่จะนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการวิจัยในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด

บทที่ ๒

ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง และการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัดครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

๑. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา

๑.๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา

๑.๒ เภสัชพลศาสตร์ของกัญชา

๒. โรคเสพติดกัญชา

๒.๑ ความหมายของโรคเสพติดกัญชา

๒.๒ พยาธิสรีรวิทยา และกลไกการเกิดโรค

๒.๓ อาการและอาการแสดงทางคลินิก

๒.๔ การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัย

๒.๕ ระดับความรุนแรงของโรคเสพติดกัญชา

๒.๖ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบจากโรค

๒.๗ การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

๒.๘ หลักการนิเวศน์บำบัด (Mileu therapy)

๓. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

๓.๑ ความหมายพฤติกรรมก้าวร้าว

๓.๒ การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

๓.๓ ความหมายผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๓.๔ เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๓.๕ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๓.๖ การดูแลฟื้นฟูทางสังคมจิตใจผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๓.๗ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาล- ิธัญารักษ์ขอนแก่น

๓.๘ การติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา

๔. หลักการนิเวศน์บำบัด (Mileu therapy)

๑. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา

๑.๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกัญชา

กัญชา (cannabis, marijuana) เป็นพืชล้มลุก มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Cannabis sativa* เป็นพืชในวงศ์ *cannabaceae* มีทั้งหมด ๓ สายพันธุ์ คือ *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* และ *Cannabis ruderalis* สำหรับกัญชาที่พบในประเทศไทยจะเป็นสายพันธุ์ *Cannabis sativa* มีชื่อเรียกต่างกัน เช่น Mary-June Thai-Sticks หรือที่นิยมเรียกกันทั่วไปว่า “เนื่อ” ลำต้นลักษณะเป็นเหลี่ยมตั้งตรง สูงประมาณ ๒-๔ ฟุต ลักษณะใบจะแยกออกเป็นแฉกประมาณ ๕-๗ แฉก คล้ายใบมันสำปะหลัง ที่ขอบใบทุกใบจะมีรอยหยักอยู่เป็นระยะๆ ก้านใบมีขนที่มีสารที่มีลักษณะเหนียว กัญชาตัวผู้จะมีดอกลักษณะเป็นช่อออกที่บริเวณง่ามใบและยอด ส่วนกัญชาตัวเมียจะมีดอกเป็นดอกเดี่ยว ที่บริเวณง่ามใบและยอด ผลมีรูปร่างคล้ายรูปไข่หรือวงรี มีใบประดับปิดอยู่ด้านนอกของผลจำนวน ๒ ใบ (ธนพล นิยมสมบูรณ์, ๒๕๖๓) กัญชาเป็นพืชที่มีการนำมาใช้ประโยชน์เป็นเวลานานมากกว่า ๔,๐๐๐ ปี จากบันทึกทางโบราณคดีพบว่าประเทศจีนเป็นประเทศแรกที่มีการใช้ประโยชน์จากกัญชา แล้วจึงแพร่ขยายมายังประเทศอินเดีย ทวีปแอฟริกาเหนือ และทวีปยุโรป ในช่วงแรกของประวัติศาสตร์มีการปลูกกัญชาเพื่อเป็นแหล่งของเส้นใย จนกระทั่งปี พ.ศ.๒๔๔๑ นักวิจัยสามารถสกัดสารสำคัญในกัญชาได้สำเร็จเป็นครั้งแรก สารสำคัญที่สกัดได้คือ cannabinol ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๐๗ พบสารสำคัญ delta-๙-tetrahydrocannabinol (THC) จากแท่งเรซินกัญชา (hashish) (Lapoint, et al, ๒๐๑๕)

สารเสพติดที่ได้จากกัญชาสามารถพบได้ในส่วนต่างๆ ได้แก่ ใบ ดอก เมล็ด และลำต้น ปัจจุบันรูปแบบของกัญชาที่พบนอกจากจะพบในลักษณะของกัญชาสด กัญชาแห้งอัดเป็นแท่ง เป็นก้อนแล้วยังอาจพบในรูปของ “น้ำมันกัญชา”(Hashish Oil) ซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลวสีน้ำตาลเข้มหรือสีดำ ได้จากการนำกัญชามาผ่านกระบวนการสกัดหลายๆ ครั้ง จึงได้เป็นน้ำมันกัญชาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสูงถึงร้อยละ ๒๐-๖๐ หรืออาจพบในลักษณะของ “ยางกัญชา” (Hashish) เป็นยางแห้งที่ได้จากใบและยอดช่อดอกกัญชา ซึ่งโดยทั่วไปจะมีฤทธิ์แรงกว่ากัญชาสดและมีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประมาณ ร้อยละ ๔-๘ ออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กด และหลอนประสาท กลุ่มของสารสำคัญที่พบในกัญชามีชื่อรวมเรียกว่า cannabinoids ซึ่งประกอบด้วยสารสำคัญต่างๆ มากกว่า ๖๐ ชนิด (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโชษิตา ภาวสุทธิพิสสิฐ, ๒๕๖๑) โดย cannabinoids ที่พบเป็นหลักในพืชกัญชา คือ del-ta-๙-tetrahydrocannabinol หรือ THC เป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทและอารมณ์มากที่สุด (พบมากในส่วนช่อดอกกัญชา) cannabidiol (CBD) และ cannabinol (CBN) โดย THC และ CBD เป็นสารที่ได้รับความสนใจในทางการแพทย์มากที่สุด เนื่องจากมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่หลากหลาย การใช้ใบหรือดอกกัญชาตามธรรมชาติซึ่งไม่ผ่านการสกัด หรือการเตรียมการใดๆ ด้วยวิธีการทางห้องปฏิบัติการจึงคาดการณ์ผลที่เกิดกับผู้ใช้ได้ยาก เนื่องด้วยผู้ใช้อาจใช้วิธีการต่างๆ กัน ทำให้ได้ปริมาณของ cannabinoids เข้าสู่ร่างกายต่างกัน เช่น การสูบ มักออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการกิน เพราะการกินทำให้ฤทธิ์ cannabinoids สูญเสียไปบ้างจากกระบวนการสลาย (catabolism) เมื่อผ่านตับ โดยทั่วไปจะพบ THC มากกว่า CBD แต่อาจแตกต่างกันไปในแต่ละสายพันธุ์ พบ THC ร้อยละ ๓ -๑๖ โดยน้ำหนักในกัญชาแห้ง การเตรียมกัญชาในรูปแบบน้ำมัน (butane hash oil) ทำให้ความเข้มข้นของ THC เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ

๘๐ สาร THC นี้ในเบื้องต้นจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้ผู้เสพตื่นเต้น ช่างพูดและหัวเราะ ตลอดเวลา ต่อมาจะกดประสาท ทำให้ผู้เสพยาอาการคล้ายเมาเหล้าอย่างอ่อน เชื่องซึมและง่วงนอน หากเสพเข้าไปใน ปริมาณมากๆ จะหลอนประสาททำให้เห็นภาพลวงตา หูแว่ว ความคิดสับสน ควบคุม ตนเองไม่ได้ (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๔)

ในประเทศไทยกัญชาจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ ๕ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ.๒๕๖๒ ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ใน ครอบครอง เว้นแต่ ในกรณีจำเป็น เพื่อประโยชน์ของทางราชการ การแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา รวมถึงทางการเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรืออุตสาหกรรม และเพื่อประโยชน์ทางการ แพทย์โดยต้องได้รับใบอนุญาตเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้กัญชาเพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ของตนเองสามารถมีกัญชาไว้ในครอบครองไม่เกินปริมาณที่จำเป็น สำหรับใช้รักษาโรคเฉพาะตัวโดยมี ใบสั่งยาหรือหนังสือรับรองของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบ วิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์ แผนไทยประยุกต์ หรือหมอพื้นบ้านตามกฎหมาย ว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นผู้ให้การรักษา (ธนพล นิมสมบุรณ์, ๒๕๖๓)

วิธีการเสพหรือใช้กัญชา (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโซชิตา ภาวสุทธิพิศฐ์, ๒๕๖๑) ได้แก่

๑. การสูดดมหรือการสูบ (ทั้งโดยตรงหรือผ่านไอน้ำ) ได้แก่ การเผาในเครื่องมือแก้วแล้ว สูดดมไอรระเหย การนำเอา กัญชาแห้งมาฆนในกระตาดแล้วสูบเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ หรือการนำ กัญชา มาผสมกับบุหรืเพื่อสูบ และการสูบกัญชาผ่านไอน้ำ ซึ่งทำให้ THC เข้าสู่ร่างกายได้รวดเร็วที่สุด โดยทำให้ ระดับ THC ในเลือดขึ้นสูงสุดใน ๑๕ ถึง ๓๐ นาที และลดลงใน ๒ ถึง ๓ ชั่วโมง แต่ทั้งนี้ก็คาดการณ์ ได้ยากเพราะขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ปริมาณการสูบ การกลืนลมหายใจขณะสูบ และความเข้มข้น ของใบกัญชาในฆนยาสูบ

๒. การรับประทานหรือดื่ม ได้แก่ การนำเอาใบหรือดอกกัญชาตากแห้งมาผสมกับอาหาร ขนมห หรือคุกกี้ หรืออาจนำไปฆนเป็นเครื่องดื่มคล้ายน้าชา

๓. การหยดน้ำมันกัญชาที่ไต้ลั่น (hashish) เป็นวิธีการที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน ภายหลังจาก มีการแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีการลักลอบผลิตน้ำมันกัญชาเพื่อขายให้แก่ผู้ป่วย โรคต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษาโรค

๑.๒ เกสัฆพลศาสตร์ของกัญชา

เกสัฆพลศาสตร์ของกัญชานั้นขึ้นอยู่กัวิธีการเสพ ดังนี้ (ธนพล นิมสมบุรณ์, ๒๕๖๓)

๑) การดูดซึม (absorption)

- การรับประทานหรือดื่ม พบว่า ดูดซึมในรูป THC ได้ร้อยละ ๕ – ๒๐ โดยระยะเวลา ที่เริ่มออกฤทธิ์ (onset) ๓๐ – ๖๐ นาที และมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ (duration) ๕ ชั่วโมง

- การสูดดมหรือการสูบ พบว่า ดูดซึมในรูป THC ได้ร้อยละ ๑๘-๕๐ โดยระยะเวลา ที่เริ่มออกฤทธิ์ (onset) ๖-๑๒ นาที และมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ (duration) ๒-๓ ชั่วโมง

๒) การกระจายยา (distribution)

- การรับประทานหรือดื่มน้ำ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้เพื่อได้ระดับยาสูงสุด (time to peak) เท่ากับ ๒ – ๓ ชั่วโมง มีการจับกับโปรตีน (protein binding) ร้อยละ ๘๗ – ๘๘ และปริมาตรการกระจาย (volume of distribution) อยู่ที่ ๑๐ ลิตรต่อกิโลกรัม

- การสูดดมหรือการสูบบหรี่ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้เพื่อได้ระดับยาสูงสุด (time to peak) เท่ากับ ๕-๑๒ นาที มีการจับกับโปรตีน (protein binding) ร้อยละ ๘๗ – ๘๘ และปริมาตรการกระจาย (volume of distribution) อยู่ที่ ๑๐ ลิตรต่อกิโลกรัม

๓) การเปลี่ยนแปลงสภาพยา (metabolism)

- การรับประทานหรือดื่มน้ำ พบว่า มี first-pass metabolism ที่ต่ำ

- การสูดดมหรือการสูบบหรี่ พบว่า ไม่มี first-pass metabolism ที่ต่ำ

โดยTHC จะถูกเปลี่ยนแปลงสภาพที่ตับ ด้วยการอาศัยการทำงานของ CYP๒C๙ และ CYP๓A๔ และจะเกิดปฏิกิริยา hydroxylation ไปเป็นสาร active metabolite หลัก คือ ๑๑-hydroxydelta-๙-THC หลังจากนั้นจะเกิดปฏิกิริยา oxidation ต่อเพื่อเปลี่ยนไปเป็น inactivemetabolite คือ ๑๑-nor-delta-๙-THC carboxylic acid และสารอื่นๆ อีกหลายชนิด

๔) การขับถ่ายยา (excretion)

พบว่า ทั้งการรับประทานหรือดื่มน้ำ และการสูดดมหรือการสูบบหรี่ จะมีการขับถ่ายทางไตในรูปของ THC และ ๑๑-hydroxy-delta-๙-THC ที่เวลา ๗๒ ชั่วโมงหลังเสพกัญชา และการขับถ่ายทางอุจจาระ ที่เวลา ๗๒ ชั่วโมงหลังเสพกัญชา

สำหรับข้อมูลด้านเภสัชพลศาสตร์ของกัญชาที่ใช้โดยการหยดใต้ลิ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีจำกัดโดยมีการศึกษาพบว่าการหยดยากลุ่ม cannabinoids ที่ได้ลิ้น (ตัวยาสำคัญในการศึกษา คือ CBD และ THC) ระยะเวลาที่ใช้เพื่อได้ระดับยาสูงสุด คือ ๑.๖๗ - ๒.๑๗ ชั่วโมง และระดับยาสูงสุด คือ ๒.๐๕ - ๒.๕๘ นาโนกรัม/มิลลิลิตร และไม่มี first-pass metabolism ที่ต่ำ

๒. โรคเสพติดกัญชา

๒.๑ ความหมายของโรคเสพติดกัญชา

โรคเสพติดกัญชา หมายถึง ภาวะผิดปกติทางด้านพฤติกรรม สติปัญญา ความคิดความอ่าน และระบบสรีระร่างกาย ซึ่งเกิดภายหลังจากการใช้กัญชา หรือเสพกัญชาซ้ำๆ และมีอาการต่อไปนี้ร่วม (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๔)

๑. มีอาการดื้อยา

๒. มีอาการขาดยา

๓. มักจะใช้สารนั้นในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น หรือใช้สารนั้นนานติดต่อกันมากกว่าที่คิดไว้

๔. มีความต้องการใช้สารนี้ตลอดเวลา หรือมักไม่สำเร็จในการพยายามที่จะหยุด หรือเลิกใช้สารนั้น

๕. ใช้เวลาในแต่ละวัน โดยหมดไปกับกิจกรรมเพื่อให้ได้สารนั้นมา การเสพสารและการฟื้นฟูจากผลของสารนั้น

๖. การใช้สารนั้นอยู่ต่อไป ถึงแม้จะทราบว่าสารนั้นก่อให้เกิดปัญหาทั้งร่างกาย และจิตใจก็ตาม

๒.๒ พยาธิสรีรวิทยา และกลไกการเกิดโรค

พยาธิสรีรวิทยา

สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคสมองติดยา มี ๒ ส่วนหลัก คือ สมองส่วนคิดทำหน้าที่คิด และตัดสินใจด้วยสติปัญญาแบบมีเหตุผล และสมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ยาเสพติดจะกระตุ้นปลายประสาทในสมองให้หลั่งสารเคมีสมองออกมาจำนวนมาก สารเคมีสมองดังกล่าวจะไปกระตุ้นศูนย์ความสุขทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขขึ้น เมื่อใช้ยาเสพติดบ่อยๆ ครั้ง การทำงานของสมองจะเปลี่ยนแปลงไป การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลจะสูญเสียไป และถูกควบคุมด้วยสมองส่วนอยากแทน ผู้ที่ใช้ยาเสพติดจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมีอารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงทำให้มีการเสพยาเสพติดบ่อยขึ้น เมื่อเสพยาเสพติดบ่อยขึ้นยาเสพติดจะทำลายเซลล์สมองบางส่วน และทำให้สารเคมีสมองมีปริมาณลดน้อยลง ทำให้ความสามารถในการคิดและการจำลดน้อยลง และมีผลทำให้มีอาการทางจิตและเกิดโรคจิตในที่สุด (สถาบันธัญญารักษ์, ๒๕๕๓)

พยาธิสรีรวิทยาของโรคติดกัญชา (Cannabis Use Disorder)

โรคติดกัญชา (Cannabis Use Disorder, CUD) เป็นภาวะเรื้อรังที่มีผลต่อสมองและระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีการเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Endocannabinoid System, ECS) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมอารมณ์ ความจำและพฤติกรรม (Volkow, et al., ๒๐๑๖) ดังนี้

๑. ผลต่อระบบเอนโดแคนนาบินอยด์

สารออกฤทธิ์หลักของกัญชา คือ เตตระไฮโดรแคนนาบินอล (Δ^9 -Tetrahydrocannabinol, THC) ซึ่งจับกับตัวรับแคนนาบินอยด์ชนิดที่ ๑ (CB1 receptors) ในสมอง ส่งผลให้เกิดการปลดปล่อยสารสื่อประสาท เช่น โดปามีน (dopamine) ในระบบการให้รางวัลของสมอง (reward system) ทำให้เกิดความสุขและเสพติด (Bloomfield, et al., ๒๐๑๖)

๒. การเปลี่ยนแปลงของสมอง

การใช้กัญชาเป็นเวลานานอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมแรงจูงใจและความจำ ได้แก่ กลีบหน้าผากส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมพฤติกรรมและการตัดสินใจมีขนาดลดลง และมีการทำงานที่ผิดปกติในผู้ที่ติดกัญชา (Filbey, et al., ๒๐๑๔) ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความจำระยะยาว พบว่ามีการลดลงของขนาดและการทำงาน (Rocchetti, et al., ๒๐๑๓)

๓. ผลต่อระบบโดปามีน

THC มีผลกระตุ้นการหลั่งโดปามีนจากนิวเคลียสแอคคัมเบนส์ (Nucleus Accumbens) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของระบบการให้รางวัลในสมอง ส่งผลให้เกิดอาการเสพติดและความต้องการใช้ซ้ำ (Volkow, et al., ๒๐๑๖) นอกจากนี้ การใช้กัญชาเรื้อรังอาจทำให้เกิดภาวะพร่องโดปามีน ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า และความผิดปกติทางอารมณ์ (Bloomfield, et al., ๒๐๑๖)

๔. อาการนอนและการเสพติด

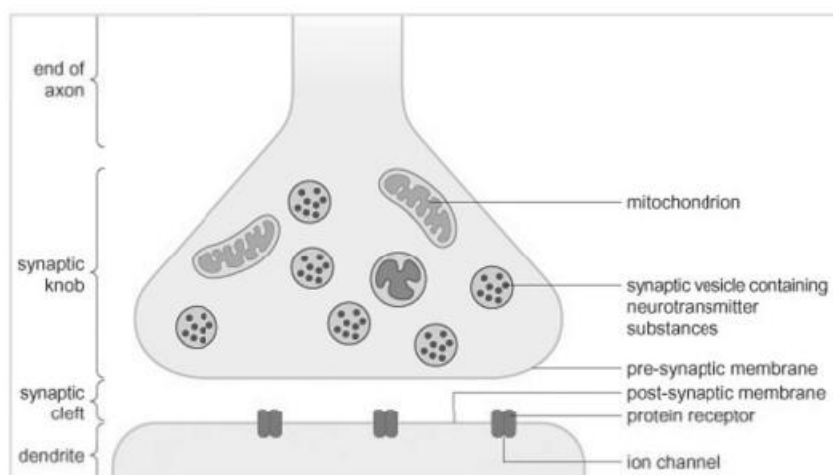
เมื่อหยุดใช้กัญชา ร่างกายจะเกิดอาการถอน เช่น กระวนกระวาย นอนไม่หลับ หงุดหงิดและอยากเสพยา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการลดลงของการทำงานของระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (Budney, et al., ๒๐๐๔)

โรคติดกัญชาเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ ระบบโดปามีน และโครงสร้างของสมอง โดยมีผลกระทบต่อความจำ อารมณ์ และพฤติกรรม หากใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจนำไปสู่ภาวะเสพติดและอาการถอน

กลไกการเกิดโรค

กลไกการเสพติดเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกาย เพื่อให้เกิดการแสวงหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ได้แก่ อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ และดูแลเอาใจใส่ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่เร้าหรือกระตุ้นความพอใจของมนุษย์ ซึ่งสมองมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเพื่อให้ร่างกายได้รับการตอบสนอง สมองมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งเหล่านี้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สมองส่วนที่ทำหน้าที่นี้ เรียกว่า สมองส่วนควบคุม ความพอใจ ตัวส่งผ่านสัญญาณประสาทในสมองส่วนนี้คือ โดปามีน (รัศมน กัลยาศิริ, ๒๕๖๑)

การควบคุมปริมาณโดปามีน สมองมีกลไกที่จะควบคุมปริมาณโดปามีนให้อยู่ในสมดุล โดยหลังโดปามีนออกมาในปริมาณที่พอเหมาะและอยู่ในระยะเวลาหนึ่งแล้วก็จะถูกเก็บกลับเข้าสู่ปมประสาทตามเดิม โดยอาศัยโปรตีนอีกชนิดหนึ่งที่ผิวเซลล์ประสาท เรียกว่า ตัวเก็บโดปามีนกลับ ทั้งนี้เพื่อไม่ให้โดปามีนในบริเวณจุดส่งสัญญาณมากเกินไป การหลังโดปามีนถูกควบคุมโดยสารเคมีในเซลล์ประสาทอีกหลายชนิดสารเคมีชนิดหนึ่ง คือ เอนดอร์ฟิน (endorphin) สามารถจับกับโปรตีน บนผิวเซลล์ที่เรียกว่า ตัวจับโดปามีนและกระตุ้นให้ปมประสาทหลังโดปามีนออกมามากขึ้น (รัศมน กัลยาศิริ, ๒๕๖๑)



ภาพที่ ๑ กลไกการทำงานของตัวรับจำเพาะ (Katzung and Trevor, ๒๐๑๕)

กลไกการออกฤทธิ์ทางประสาทวิทยาเกี่ยวกับการเสพติดสารกลุ่มกัญชา

brain reward system คือ ระบบรางวัลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการติดสารเสพติด ซึ่งประกอบไปด้วยสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA), Nucleus Accumbens (NAc) และ Prefrontal cortex (PFC) โดยสารเสพติดต่างๆ เมื่อถูกเสพเข้าสู่ร่างกายจะไปมีผลกระตุ้นการหลั่งของสารโดปามีน (Dopamine) จากสมองส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) ไปสู่สมองส่วน Nucleus Accumbens (NAc) ด้วยกระบวนการที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าในร่างกายมนุษย์จะมีการหลั่งสารกลุ่ม cannabinoids เรียกว่า endogenous cannabinoids เพื่อควบคุมกระบวนการต่างๆ ในร่างกาย โดยการเข้าจับโดยตรงกับตัวรับ (receptor) คือ cannabinoid receptor (CB) ซึ่งประกอบด้วยตัวรับ ๒ ชนิด คือ ตัวรับ CB๑ (CB๑ receptor) พบในระบบประสาทส่วนกลาง และตัวรับ CB๒ (CB๒ receptor) พบในระบบประสาทส่วนปลาย ทั้งตัวรับ CB๑ และ CB๒ สามารถจับกับ cannabinoids จากภายในร่างกายและ cannabinoids จากภายนอก (exogenous cannabinoids) ได้เช่นเดียวกัน

สำหรับกัญชา (cannabinoids) จะออกฤทธิ์หลายอย่างผสมผสานกัน เริ่มตั้งแต่กระตุ้นกต และหลอนประสาท จากในช่อดอกและใบกัญชามีสารพิษร้ายแรงชนิดหนึ่ง เรียกว่า TETRAHYDROCANNABINOL (THC) โดยเมื่อร่างกายได้รับ THC ในปริมาณมาก THC จะไปจับกับ CB๑ receptor ที่ basal ganglion ทำให้ dopamine ที่ synapse ลดลง และ GABA เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงท่าทาง และเสียการควบคุม การทำงานของกล้ามเนื้อ (impair movement) ในขณะเดียวกัน brain reward system ที่ mesolimbic จะมีปริมาณของ dopamine เพิ่มขึ้นและ GABA ลดลง ส่งผลทำให้เกิดอาการเคลิ้ม (euphoria) ประสาทหลอน (hallucination) และติดยา (addiction) THC มี dose response และความเสี่ยงในการเกิดอาการทางสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสติ (Alteration of conscious), ความสนใจ (attention), สมาธิ (concentration), ความจำระยะสั้น (short-term memory) และการทำงานของสมอง (executive functioning) (กรมการแพทย์, ๒๕๖๓)

๒.๓ อาการและอาการแสดงทางคลินิก

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เสวกัญชามีความหลากหลาย ทั้งนี้เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ปริมาณสารสำคัญที่เสพแต่ละครั้งไม่เท่ากัน วิธีการเสพที่ต่างกัน ประสบการณ์ของผู้เสพ ความสามารถในการรับรู้ของผู้เสพ สายพันธุ์ของกัญชาที่ใช้เสพ และการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย เป็นต้น อาการและอาการแสดงของผู้เสวกัญชาในขนาดที่ไม่ทำให้เกิดพิษ แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่มอาการหลัก คือ (Lapoint, et al., ๒๐๑๕)

๑. ด้านร่างกาย (physiological effect) มีอาการแสดง ดังนี้

- ๑) อาการตาแดง คออักเสบ คอแห้ง เหงื่อออกมาก และกัญชาทำให้เพิ่มการขับน้ำในร่างกาย ผู้เสพซึ่งทำให้ผู้เสวกัญชาหิวน้ำและต้องการของหวานๆ มากทำให้กินอาหารจุ และเจริญอาหารมากขึ้น
- ๒) มีอาการสั่นของกล้ามเนื้อ มือสั่น เท้าสั่น ทรงตัวไม่อยู่มีอาการผิดปกติทางสายตา ขาดการควบคุมตัวเอง ซึ่งมีอันตรายอย่างยิ่งถ้าผู้เสวกัญชาขับรถหรือเดินในท้องถนน
- ๓) มีอาการเวียนศีรษะอย่างแรง หูอื้อ มีเสียงในหู ม่านตาขยายกว้างขึ้น มักอยู่ไม่สุขพูดพล่ำมั่วเรอะลั่น เอะอะ หรือแสดงตลกต่างๆ มีความรู้สึกต่อความเจ็บปวดและประสาทสัมผัสไวมากขึ้น

๔) มีอาการความดันเลือดสูง อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น ทำให้อุณหภูมิในร่างกายลดต่ำ มือเท้าเย็นและกัญชามีส่วนทำให้เปลี่ยนระดับน้ำตาลในเส้นเลือดด้วย

๕) มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ตื่นเต้น กระสับกระส่ายหายใจไม่สะดวก ทำการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายได้พร้อมกันได้น้อย

๒. ด้านจิตใจ (psychological effect) ได้แก่

ระยะแรกของการเสพฤทธิ์ของกัญชาจะกระตุ้นประสาททำให้ร่าเริง มีความสุข เวลาผ่านไปช้า หัวเราะง่าย ช่างพูด ตื่นเต้นง่าย ส่งเสียงดัง กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนเปลี้ยและทำงานไม่ประสานกันคล้ายคนเมาเหล้าอย่างอ่อนๆ และหลังจากนั้นจะเริ่มง่วงนอน ซึม เห็นภาพลวงตา ภาพหลอน หายใจถี่ ตกใจง่าย วิดกกังวล บางรายคลื่นไส้ อาเจียน ความคิดสับสน เพ้อคลั่ง แต่เมื่อเสพต่อเนื่องจะมีอาการทางความคิดสับสนการตัดสินใจและสมาธิเสีย อารมณ์ซึมเศร้า คมสติไม่อยู่เกิดอาการเป็นโรคจิตขึ้นได้ อาการต่างๆเหล่านี้ อาจจะมีอยู่เป็นเวลากหลายชั่วโมงหรือหลายสัปดาห์ก็ได้ ดังนั้นผู้เสพกัญชาเป็นประจำ จึงมักหลีกเลี่ยงอาการเสื่อมทางจิตไม่พ้นจนกลายเป็นโรคจิตในที่สุด

๒.๔ การวินิจฉัยโรค ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัย

การวินิจฉัยการเสพติดกัญชา

การวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการเสพยาเสพติด กัญชา เกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดตาม DSM-IV-TR ได้แบ่งเป็นการใช้สารในทางที่ผิด (Substance abuse) และการติดยาเสพติด (Substance dependence) ซึ่งเป็นการจำแนกแบบฉบับเก่า ส่วนสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (Diagnostic and statistical manual of mental disorder :[DSM-V]) ได้รวมความผิดปกติทั้งสองรูปแบบเข้าด้วยกันและเพิ่มอาการบางอย่าง เช่น อาการอยากสาร เข้าไปรวมไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยร่วมด้วย รวมเรียกว่า "ความผิดปกติในการใช้สาร" (Substance use disorder) โดยได้แบ่งระดับความรุนแรงในการใช้สารเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (mild) ระดับปานกลาง (moderate) และระดับรุนแรง (severe) ส่วน ICD-๑๐ ได้แบ่งการวินิจฉัยเป็นสองแบบ คือ การใช้สารแบบอันตราย (Harmful use) และการติดยาเสพติด (Substance dependence) (American Psychiatric Association, ๒๐๑๓ ; รัศมีน กัลยาศิริ, ๒๕๖๒) ดังนี้

๑) เกณฑ์การวินิจฉัยของการติดยาเสพติด ใน DSM-V

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (Diagnostic and statistical manual of mental disorder :[DSM-V]) ได้ระบุเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการเสพยาเสพติด Cannabis use disorder (CUD) ว่าเป็นรูปแบบของการใช้กัญชาที่ไม่เหมาะสม ที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ นำไปสู่ความคิดและการรับรู้ที่ผิดปกติ และเกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งจะมีลักษณะของการแสดงอาการ ๓ อาการ หรือมากกว่า ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดก็ตาม ภายในช่วงเวลา ๑๒ เดือนที่ผ่านมา (American Psychiatric Association, ๒๐๑๔) ดังต่อไปนี้

๑. มีการเสพยาในปริมาณที่มากหรือระยะเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้
๒. มีความพยายามที่จะลดหรือหยุดการเสพยาแต่ไม่สามารถทำได้
๓. ใช้เวลามากในการหา กัญชา เสพกัญชา และการฟื้นตัวจากฤทธิ์กัญชา
๔. มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพยา

๕. มีการเสพกัญชาบ่อยจนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้าน หรือ โรงเรียน

๖. ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องแม้จะเกิดปัญหาด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพกัญชาอยู่บ่อยครั้ง

๗. ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งานอาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการ เพราะการเสพกัญชา

๘. มีการเสพกัญชาในภาวะที่อาจเกิดอันตรายต่อร่างกายอยู่บ่อยครั้ง

๙. มีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่องแม้จะทราบว่า การเสพกัญชาจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตหรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น

๑๐. มีอาการติดยาตามคำจำกัดความ ดังนี้

a. ต้องเสพกัญชาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมากเพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ

b. เสพกัญชาเท่าเดิมแต่ฤทธิ์ลดลงชัดเจน

๑๑. อาการถอนพิษยา ซึ่งมีอาการดังต่อไปนี้

a. มีอาการถอนพิษยาจากกัญชา

b. การเสพกัญชา (หรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึง) สามารถบรรเทาหรือทำให้อาการถอนพิษยาจากกัญชาหายไป

การวินิจฉัย CUD

๑ ข้อหรือน้อยกว่า ไม่ถือว่ามีปัญหาการเสพติด

๒ - ๓ ข้อ ถือว่ามีปัญหาการเสพติดแบบรุนแรงระดับเล็กน้อย (Mild)

๔ - ๕ ข้อ ถือว่ามีปัญหาการเสพติดแบบรุนแรงระดับปานกลาง (Moderate)

ตั้งแต่ ๖ ข้อขึ้นไป ถือว่ามีปัญหาการเสพติดแบบรุนแรงระดับสูง (Severe)

๒) เกณฑ์การวินิจฉัยของการติดสารเสพติด ใน ICD - ๑๐

สำหรับ ICD - ๑๐ นั้น กำหนดไว้ว่าการใช้สารแบบอันตราย หรือ Harmful use หมายถึง การใช้สารแล้วทำให้เกิดผลทางสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจโดยไม่นับรวมอาการเมาสาร และได้ให้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติดว่า จะต้องมีอาการ ๓ อาการ ใน ๖ อาการ และเกิดขึ้นภายใน ๑๒ เดือน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ๒๕๕๘) โดยอาการต่างๆ มีดังนี้

๑. มีความต้องการอยากสารอย่างรุนแรงหรือความรู้สึกว่าต้องใช้สารซ้ำๆ

๒. ควบคุมการใช้สารของตนไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นการเริ่มใช้ การหยุดใช้ หรือคุมปริมาณที่ใช้ไม่ได้

๓. มีภาวะถอนสาร

๔. มีภาวะติ้อสาร

๕. ใช้เวลาอย่างมากไปกับการหา การใช้ หรือการสร้างจากฤทธิ์เมาของสาร

๖. ยังคงใช้สารทั้งที่มีหลักฐานชัดเจนว่าการใช้สารนั้นส่งผลก่อให้เกิดอันตราย

๒.๕ ระดับความรุนแรงของโรคเสพติดกัญชา

การคัดกรองระดับความรุนแรงของผู้ใช้ยาเสพติดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้ “แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.๒”

๑. ระดับคะแนน ๒-๓: ระดับผลกระทบการใช้ต่ำ
๒. ระดับคะแนน ๔-๒๖: ระดับผลกระทบการใช้ปานกลาง
๓. ระดับคะแนนมากกว่า ๒๗: ระดับผลกระทบการใช้สูง

ตารางที่ ๑ แสดงระดับความรุนแรงของการเสพติดกัญชา

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบการใช้	กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
๒-๓ คะแนน	ต่ำ	ผู้ใช้	▪ การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) ▪ การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน ๑ - ๒ ครั้ง เป็นเวลา ๒ สัปดาห์ ▪ การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ▪ การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
๔-๒๖ คะแนน	ปานกลาง	ผู้เสพ	▪ ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๙ วัน/วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์/มัสยิด เป็นศูนย์สงเคราะห์ (๑ เดือน) ▪ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) (Motivational Enchantment Therapy :MET) ๑ - ๒ เดือน ▪ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) ๑-๒ เดือน ▪ จิตสังคมบำบัดได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน,

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบการใช้	กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วงเหลือ
			จิตสังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจ ในชุมชน (๑-๒ เดือน) ▪ + การรักษาด้วยยา (Medication) ▪ การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
มากกว่า ๒๗ คะแนน	สูง	ผู้ติด	▪ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, MATRIX Program (๔ เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ๒-๔ เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ๒-๔ เดือน, ครอบครัวบำบัด ๒-๔ เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) ๒-๔ เดือน ▪ การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชน บำบัด (Therapeutic Community : TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ เข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ๔ เดือน -๑ ปี ▪ + การรักษาด้วยยา (Medication) ▪ การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

๒.๖ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบจากโรค

การเสพติดกัญชาส่งผลกระทบโดยตรงต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวสังคม และเศรษฐกิจ
ดังนี้

๒.๖.๑ ผลกระทบต่อร่างกาย

สำหรับผู้ป่วยที่เสพกัญชาเกินขนาด หรือผู้ป่วยที่เกิดพิษจากกัญชาสามารถเกิดอาการพิษได้ ๒
รูปแบบ คือ ภาวะพิษเฉียบพลัน (acute toxicity) และภาวะพิษเรื้อรัง (chronic toxicity)

๑) ภาวะพิษเฉียบพลัน (acute toxicity)

ภาวะพิษเฉียบพลันสามารถเกิดได้ในผู้เสพยาเป็นประจำและเสพในปริมาณมาก อาการแสดงของภาวะพิษเฉียบพลัน ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง กล้ามเนื้ออ่อนแรง มือสั่น เหงื่อซึม ความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนอิริยาบถ ไม่มีสมาธิ พูดไม่ชัด สติสัมปชัญญะลดลง กระสับกระส่าย ชัก วิดกกังวล ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ก้าวร้าว และไตวายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้แก่ atrial fibrillation และ ventricular tachycardia (Lapoint, et al., ๒๐๑๕) โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการผิดปกติจากการใช้ยาจะแตกต่างกันขึ้นกับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ ความเข้มข้นของสารออกฤทธิ์ และความถี่ ของการใช้ยา (สัมมน โฉมฉาย และจุฬธิดา โฉมฉาย, ๒๕๖๐)

ภาวะพิษเฉียบพลันจะมีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยเด็ก บางครั้งอาจมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต จากการศึกษพบว่า ๑ ใน ๓ ของเด็กที่เสพยาจะมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) อาการผิดปกติอื่นๆ ที่พบได้น้อย ได้แก่ หยุดหายใจ (apnea) อาการเขียวคล้ำ (cyanosis) หัวใจเต้นช้า (bradycardia) ภาวะกล้ามเนื้อตึงตัวลดลง (hypotonia) และอาการเหยียดเกร็งอย่างรุนแรงคล้ายผู้ป่วยโรคบาดทะยัก (opisthotonus) เช่น มีอาการคอแข็ง หลังแอ่น เป็นต้น (Lapoint, et al., ๒๐๑๕)

๒) ภาวะพิษเรื้อรัง (chronic toxicity)

การเสพยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดภาวะพิษเรื้อรังต่อระบบต่างๆ ของร่างกายได้ดังนี้ (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โชษิตา ภาวสุทธิไพลี, ๒๕๖๑)

๒.๑) ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ผู้ป่วยจะมีอาการต่างๆ ได้แก่ เคลิ้ม (euphoria), ตระหนก (panic), กระสับกระส่าย (agitation), อารมณ์แปรปรวน (mood alterations), การรับรู้ผิดปกติ (alterations of perception), ขาดการยับยั้งทางสังคม (loss of social inhibition), ความสามารถของสมองและการตัดสินใจเสียไป (impairment of cognition and judgment), กดระบบประสาทส่วนกลาง (CNS depression) และกดการหายใจ (respiratory depression) ในเด็ก, กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (muscle incoordination), การเคลื่อนไหวแบบกระตุก (myoclonic jerking), เดินเซ (ataxia), พูดไม่ชัด (slurred speech) นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเอง และอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร (traffic accident), กระโดดตึก (jump from height) ฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ (suicidal hang) ผู้เสพยาหรือใช้สารเสพติดบางรายอาจมีภาวะทางจิตซ่อนอยู่ THC ทำให้เกิดภาวะขาดการยับยั้ง (disinhibition) ส่งผลให้เกิด psychotic break และเป็นโรคจิต (psychosis) หรือ โรคจิตเภท (schizophrenia) ได้นอกจากนี้ยังพบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายบุคคลในครอบครัว และมีความหวาดระแวง

๒.๒) ระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) ยาจะมีผลรบกวนภูมิคุ้มกันปกติของร่างกาย เนื่องจากยาไปรบกวนการทำงานของ macrophages, T lymphocyte, B lymphocyte และการหลั่งสาร cytokines ต่างๆ ผู้เสพยาเป็นเวลานานจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

๒.๓) ระบบทางเดินหายใจ (respiratory system) การเสพยาโดยการสูบจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพคล้ายบุหรี่ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (obstructive lung disease) และโรคมะเร็งของระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

๒.๔) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เสพกัญชามีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และการเสียชีวิตจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด มากกว่าคนทั่วไป

๒.๕) ระบบสืบพันธุ์ (reproductive system) การเสพกัญชาเป็นเวลานานก่อให้เกิดภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากทำให้จำนวนเชื้ออสุจิน้อย (oligospermia) ประจำเดือนผิดปกติ (abnormal menstruation) และทำให้การตกไข่ลดลง นอกจากนี้การเสพกัญชาในระหว่างที่ตั้งครรภ์ พบว่าทารกที่เกิดจากการดากลุ่มนี้ จะเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวและความยาวน้อยกว่าทารกที่เกิดจากการดากทั่วไป

๒.๖) ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system) ผู้ที่เสพกัญชาปริมาณมาก ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน จะมีภาวะ “cannabinoid hyperemesis syndrome” ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ซึ่งจะทุเลาลงได้ด้วยการอาบน้ำอุ่น ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชอบอาบน้ำบ่อยผิดปกติ พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหลังจากหยุดเสพกัญชาเป็น เวลาประมาณ ๒๔ - ๗๒ ชั่วโมง และจะค่อยๆ ดีขึ้นเอง อาการจากภาวะนี้สามารถแบ่งเป็น ๓ ระยะ เกิดวนเวียนกันไป ดังนี้

- ระยะอาการบอเหตุ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ ไม่สบายท้อง โดยมักมีอาการในช่วงเช้าของวัน
- ระยะอาเจียน (hyperemesis phase) ผู้ป่วยจะมีอาการอาเจียนอย่างรุนแรง และมีอาการปวดท้อง ในระยะนี้ผู้ป่วยมักมีอาการดีขึ้นเมื่อได้อาบน้ำอุ่น ทำให้ผู้ป่วยนิยมอาบน้ำอุ่นวันละหลายๆ ครั้ง
- ระยะฟื้นตัว (recovery phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ระยะนี้จะคงอยู่เป็นเวลาหลายวันจนถึงหลายเดือนขึ้นกับบุคคล

๒.๖.๒ ผลกระทบต่อจิตใจ

ผู้เสพติดกัญชาที่ใช้ปริมาณมาก อาจมีผลต่อสมอง เกิดอาการทางจิตประสาท อารมณ์แปรปรวนง่าย ฉุนเฉียว ซึมเศร้า วิดกกังวล ความรู้สึกฟุ้งซ่าน จากผลดังกล่าวจะทำให้ผู้เสพติดกัญชามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีภาวะก้าวร้าว มีอาการประสาทหลอน ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น พฤติกรรมถดถอย ไม่มีความรับผิดชอบ ไม่สามารถ ทำงาน ไม่สนใจการทำงาน ไม่มั่นใจในตนเอง ขาดความภาคภูมิใจในตัวเอง หรือไม่สามารถใช้ชีวิตร่วมกับคนในสังคมได้ (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โชชิตา ภาวสุทธิโพลี, ๒๕๖๑)

๒.๖.๓ ผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเสพติดกัญชาไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เสพสาร เสพติดเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจอีกด้วย ซึ่งปัญหาที่อยู่ใกล้ตัวของผู้ที่เป็โรคเสพติดกัญชามากที่สุด คือ ครอบครัว โดยครอบครัวจะเป็นกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชามากที่สุด ซึ่งปัญหาที่พบในครอบครัวที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปัญหาทางด้านสัมพันธภาพ ปัญหาการหย่าร้าง ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งผู้ที่ติดกัญชาจะมีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย และไม่มีเหตุผล ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่แล้วผู้ติดสารเสพติดที่เสพกัญชาเป็นประจำทุกวัน จะมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน คือ ไม่สามารถทำงานที่ตัวเองทำเป็นประจำได้

เกิดการขาดงานเป็นประจำ หรือมาทำงานไม่ทันตามเวลา หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานเกิดความเบื่อหน่าย ไม่มีความก้าวหน้าในการทำงาน ถูกไล่ออกจากงานและต้องเปลี่ยนงานบ่อยๆ ผลจากการไม่สามารถทำงานได้ทำให้เกิดปัญหาทางด้านการเงินในครอบครัว ทั้งนี้ยังพบอีกว่าการเสพติดกัญชา ยิ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านกฎหมาย เช่น การทำร้ายร่างกาย การทะเลาะวิวาท หรือการล่วงละเมิดทางเพศ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคเสพติดกัญชา ต้องได้รับการบำบัดดูแลในโรงพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรทางด้านการเงินในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก (สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี, จักรสันต์ เลยหยุด และขวัญสุตา บุญทศ, ๒๕๖๗)

๒.๗ การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้เสพติดกัญชา มี ๔ ขั้นตอน (กรมการแพทย์, ๒๕๖๖) ดังนี้

๑. ระยะเตรียมการก่อนการรักษา ขั้นเตรียมการก่อนการรักษา เป็นระยะแรกของการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเตรียมตัว เตรียมใจ จัดภารกิจธุระให้เรียบร้อย จะได้เข้ารับการรักษาให้ครบตามระยะเวลาโดยต่อเนื่องไม่ขาดตอน รวมทั้งให้คำแนะนำ จูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษา เข้าใจขั้นตอนและวิธีการบำบัดรักษา รวมทั้งการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุการติดยาเสพติดจากปัญหาในครอบครัว ดังนั้นการให้คำปรึกษาแนะนำรักษาคครอบครัวด้วย ได้ผลดีกว่าการรักษาที่มุ่งเน้นเฉพาะแต่ผู้ป่วย กิจกรรมที่ทำในขั้นตอนนี้ได้แก่ การตรวจสอบหลักฐานการชักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่เกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ตรวจร่างกายและสภาพจิตใจ ตรวจค้นหาสาเหตุที่ชักชวนมาทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งประเมินนิเทศวิธีการรักษา ระเบียบปฏิบัติขณะรับการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนถึงแนะนำขั้นตอนต่างๆ ของการรักษา

๒. ขั้นการถอนพิษยา (Detoxification) เป็นขั้นตอนการบำบัดรักษาอาการทางกาย และอาการทางจิตที่เกิดจากการเสพติดกัญชา เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากอาการถอนพิษยา (Withdrawal Symptoms) เช่น อาการกระหายน้ำ หัวใจเต้นเร็ว ตื่นเต้นง่าย สั่นสั่นดัง กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง และทำงานไม่ประสานกันคล้ายคนเมาเหล้าอย่างอ่อนๆ และหลังจากนั้นจะเริ่มง่วงนอน ซึม เห็นภาพลวงตา ภาพหลอน หายใจถี่ ตกใจง่าย วิดกกังวล บางรายคลื่นไส้อาเจียน ความคิดสับสน เพ้อคลั่ง ผู้ป่วยที่มีความต้องการยา มีอาการทรมาณอย่างรุนแรง การรักษาในขั้นนี้เป็นการรักษาอาการขาดยาไม่ให้อาการทรมาณ และสามารถผ่านอาการอยากยาได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พร้อมๆกับการให้คำปรึกษา ซึ่งประกอบ ด้วยการประเมินถึงความรุนแรงของการขาดยา และค้นหาปัญหาที่สัมพันธ์กับการใช้ยา การเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติ ได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เสริมกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการ บำบัดรักษาและเข้าสู่ขั้นการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาในขั้นนี้แบ่งการรักษา เป็น ๒ รูปแบบ คือ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก และการรักษาแบบผู้ป่วยใน

การรักษาที่เป็นแนวทางแรก (first line) สำหรับผู้ป่วยเสพติดกัญชา พบว่า ควรจะเป็นการรักษาในรูปแบบการรักษาทางจิตสังคมมากกว่าการรักษาด้วยยา ถึงแม้ว่ายังไม่มีผลการทดลองทางคลินิก (clinical trials) ที่มีการเปรียบเทียบการรักษาทางจิตสังคมในรูปแบบต่างๆ แต่ก็พบว่าการรักษาทางจิตสังคมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิผล ส่วนการรักษาโดยการให้ยา ยังมีผลการทดลองที่ยังไม่เป็นที่แน่ชัด

และข้อมูลหลักฐานยังไม่เพียงพอในการรองรับถึงประสิทธิผลในการรักษาที่เพียงพอ (ชาญชัย ธงพานิช, ๒๕๖๒) สอดคล้องกับคำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการเสพติดที่นายแพทย์ล่าช้า ลักษณะนิชนชัย (๒๕๖๕) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจุบันการใช้ จิตสังคมบำบัด (Psychotherapy) และกระบวนการอื่นๆ เช่น การบริหารตามสถานการณ์ (Contingency management) , ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community หรือ T.C.), การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy (MET), การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-Help Group) ก็สามารถใช้ได้กับผู้ที่มีปัญหา การเสพติดได้เช่นกัน โดยพบว่าปัจจุบันการบำบัดที่ได้ผลดีมาก คือ วิธีการผสมผสานระหว่าง การบำบัดด้านการรู้คิด การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการจัดการรายกรณี

ส่วนการบำบัดด้วยยา พบว่า ยังไม่มียาที่สามารถใช้รักษาอาการถอนพิษกัญชาได้อย่างปลอดภัย หรือมีประสิทธิภาพดีพอ แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาว่า กาบาเพนติน (Gabapentin) เป็นยาที่ช่วยลดอาการถอนพิษกัญชาได้ ในขณะที่ เอ็นอซิไทลซิสเตอีน (N-acetylcysteine) สามารถช่วยลดความอยากกัญชาได้บางส่วน ถ้าหากจะนำ Gabapentin มารักษามารักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาจะพบอาการข้างเคียงได้บ่อย คือ มึนงง วิงเวียน อ่อนล้า จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงประโยชน์เมื่อเทียบกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ติดกัญชาด้วยสารทดแทนกัญชา คือ Nabilone หรือ Dronabinol พบว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาได้ แต่ยังต้องมีการวิจัยยืนยันเพิ่มเติมมากขึ้น หากจะตื่อนำมาใช้จริงในคน (ล่าช้า ลักษณะนิชนชัย, ๒๕๖๕)

๓. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เสพยาเสพติดให้มีความเข้มแข็งปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมให้สามารถกลับสู่สังคมได้อย่างปกติ โดยการให้คำปรึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบชุมชนบำบัด เป็นต้น ซึ่งผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีอยู่ทั่วประเทศ

๔. ขั้นติดตามดูแลหลังรักษา เป็นการติดตามดูแลผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง ๓ ขั้นตอน เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจ ทั้งนี้เพื่อมิให้วนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

๓. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)

๓.๑ ความหมายพฤติกรรมก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างรุนแรง ทั้งทางวาจาหรือทางกาย ซึ่งเกิดจาก ความคับข้องใจ / ไม่สมหวัง / ความโกรธ หรือถูกระราน อาจแสดงออกกับบุคคลอื่นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม (วิณา เจียบนา, ๒๕๕๗)

๓.๒ การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

ลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว (ชิดชนก โอภาสวัฒนา, ๒๕๖๓)

๑. พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด: ใช้คำพูดตำหนิ ตีเตียน วิพากษ์วิจารณ์ พูดในแง่ร้าย เสียงดัง ขู่ตะคอก เอะอะอาละวาด วางอำนาจ วาจาหยาบคาย

๒. พฤติกรรมก้าวร้าวแสดงออกทางร่างกาย: มีสีหน้าบึ้งตึงแววตาไม่เป็นมิตร ท่าทางไม่พอใจ กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ไม่สนใจเรื่องการกินการนอน การขับถ่าย แบ่งออกเป็น ๓ ลักษณะ ได้แก่

๒.๑ พฤติกรรมก้าวร้าวทำลายสิ่งของ ได้แก่ พุบทำลายสิ่งของเครื่องใช้ พุบกระจก จุดไฟเผา ปิดประตูเสียงดัง

๒.๒ พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายคนอื่น หาเรื่องวิวาททำร้าย และละเมิดสิทธิผู้อื่น โดยการกัด การตี การผลัก และการใช้อาวุธทำร้ายคนอื่นให้ได้รับบาดเจ็บ

๒.๓ พฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง เช่น การหยิกข่วนตนเอง การใช้มีดกรีดข้อมือตนเอง การดื่มผง จุดไฟเผาตนเอง การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมเพิ่มมากขึ้น พบว่าร้อยละ ๑๘ ของความรุนแรงมาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ ๒๒ ของความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ร้อยละ ๓๘ (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๕) ซึ่งทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงหรือสัมผัสความรุนแรงเพิ่มขึ้น

๓.๓ ความหมายผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางความคิดอารมณ์หรือพฤติกรรมชนิดรุนแรง ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รบกวนการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันอาการกำเริบ ประกอบด้วย ๔ โรค ได้แก่ ๑) โรคจิตเภท ๒) โรคอารมณ์สองขั้ว ๓) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง และ ๔) การติดยาเสพติด

๓.๔ เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยยา และสารเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-๑๐ หรือ DSM-V ที่มีภาวะอันตรายสูงหรือที่มีความเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดอันตรายสูงตามเกณฑ์ ดังนี้

- มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
- ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

- เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่าข่มขืน วางเพลิง)

หมายเหตุ: ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งให้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวช สุรา/ยา/สารเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และต้องให้การบริการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (๓S) โดยแพทย์จะต้องเป็นผู้วินิจฉัยดังนี้

รายละเอียดของเกณฑ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

๑. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

- ยิงตัวเองด้วยปืน

- แขนวคอ
- ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิตเช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย
- กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู
- กินยาเกินขนาดฆ่าตัวตายใช้มิดหรือของมีคมฟันแทงฉีกบาดตัวเอง
- ทำให้ตัวเองจมน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้
- ทำให้ยานยนต์ชนหรือทับตาย (เช่น รถไฟ รถยนต์รถมอเตอร์ไซด์หรือยานยนต์อื่นๆ

ที่ถูกกระหนาบแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้เป็นต้น)

- ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง
- ใช้ควันไฟ เปลวไฟรมตัวเองให้หายใจ ไม่ออก
- ใช้ของแข็ง โทะมะไม้ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต
- มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิตเช่น ทำให้ไฟฟ้าดูดเอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้น ผ่นัง

หรือ ของแข็ง หรือใช้หมอนอุดจมูกเป็นต้น

๒. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณรุนแรงในชุมชน

- ใช้อาวุธ มิดหรือของมีคม หรือส่วนของร่างกาย ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือเลือดออก ภายในหรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย

- รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ
- เจตนาชนหรือทับด้วยยานยนต์
- จี้ตัวประกัน
- ปล้น
- พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง
- ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย (เช่น มิดขวาน ระเบิด หิน)
- อาละวาดทำลายสิ่งของหรือเผาสิ่งของหรือทรัพย์สินเสียหาย

๓. มีอาการหลงผิดมีความคิด ทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง

- มีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต โดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย

- หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้ายและพกอาวุธไว้กับตัว

๔. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่าข่มขืน วางเพลิง)

- ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต
- พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต
- ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น
- วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย

** หมายถึงถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ระดับความรุนแรง และการช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ (วินัย วนานุกูล และคณะ, ๒๕๖๓)

Mild Arousal: ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้างแต่ยังร่วมมือดี สามารถประเมินได้สัญญาณชีพปกติ ควรให้ยารับประทาน ได้แก่ DZP ๕-๑๐ mg หรือ Clonazepam ๐.๕-๒ mg หรือ Lorazepam ๑-๒.๕ mg ซ้ำ ทุก ๓๐-๖๐ นาที ตามความจำเป็น หากยังไม่ดีขึ้นให้เพิ่ม Haloperidol ๒.๕-๕ mg หรือ Olanzapine ๕-๑๐ mg

Moderate Arousal: ผู้ป่วยเริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ร่วมมือสัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น ควรพิจารณายาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน Haloperidol ๒.๕-๕ mg หรือ Olanzapine ๕-๑๐ mg IM

High Arousal: ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ไม่ร่วมมือ มีแนวโน้มก้าวร้าว ควรพิจารณาให้ยาทางเส้นเลือด หากผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาหรือฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ โดยเปิดเส้นเลือดให้น้ำเกลือ DZP ๕-๑๐ mg ซ้ำเพิ่ม ๕ mg จนกระทั่งสงบหากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol ๒.๕-๕ mg ควรมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเตรียมให้พร้อมใช้งาน

๓.๕ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๑. สงบ พุดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
๒. ไม่ควรสนใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าไม่ชอบเราเป็นการส่วนตัว
๓. หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือยั้ม
๔. อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไร และทำไมเราต้องทำ เช่นนั้น
๕. หลีกเลี่ยงท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำ ให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใดในกรณีที่ผู้ป่วยมีท่าทางก้าวร้าวหรือมีโอกาสสูงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานในการจัดการบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ว่าด้วยกรณีใดก็ตามจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอ
๖. ให้แน่ใจว่าคุณสามารถหลบหนีออกมาได้หากจำเป็น
๗. ให้แน่ใจว่า คุณได้ปรึกษาผู้อื่น หรือมีผู้ช่วยเหลือหากคุณต้องเผชิญเหตุการณ์เสี่ยง
๘. ให้แน่ใจว่ามีหน่วยงานหรือบุคคลช่วยเหลือต่อหลังจากคุณได้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติแล้ว

๓.๖ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) โรงพยาบาล รัษฎารักษ์ขอนแก่น ผู้รับผิดชอบ

- แพทย์ : ประเมินผู้ป่วยและวางแผนการรักษากับทีม
- พยาบาล : ประเมินผู้ป่วย อารมณ์ พฤติกรรม ที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
- : ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง รายงานแพทย์ บริหารยา และ ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งผู้ป่วยและทีม
- : บันทึกทางการพยาบาลและเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยพยาบาล : ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของพยาบาลที่มอบหมาย ช่วย ประเมินความเสี่ยงและป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
- ร.ป.ภ. : ช่วยเป็นกำลังในการเข้าดูแลจัดการสถานการณ์

เครื่องมือในการประเมิน

๑. แบบประเมินพฤติกรรม

๑.๑ ประเมิน SMI-V ต่อตามแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ดังนี้

SMI-V ๑ : มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

SMI-V ๒ : มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้ หวาดกลัวสะเทือนขวัญ ในชุมชน

SMI-V ๓: มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือ มุ่งร้ายผู้อื่นแบบ เฉพาะเจาะจง

SMI-V ๔ : เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า /พยายามฆ่า /ข่มขืน/ วางเพลิง)

๑.๒ แบบประเมินระดับความรุนแรงพระศรีฯ (Prasri violence severity scale: PVSS)

ใช้วิธีการประเมินโดยพยาบาลสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและข้อมูลแวดล้อมร่วมกับการ สังเกตอาการผู้ป่วย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นจะประเมินทุก ๑ สัปดาห์ นับจากการประเมินในวัน แรกที่ admit จะหยุดประเมินเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระดับเล็กน้อย ติดต่อกันตั้งแต่ ๒ ครั้ง โดยแบบประเมิน ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบ คือ ๑) ความรุนแรงต่อผู้อื่น ความรุนแรงต่อตนเอง ๒) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแบบมาตรวัดค่า ๓ - ๕ ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม ๙ ข้อ มีคะแนนระหว่าง ๐ - ๓๒ คะแนน โดยมีการแปลค่าคะแนนดังนี้ช่วง ๐ - ๕ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับเล็กน้อย ช่วง ๖ - ๑๓ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และช่วง ๑๔ - ๓๒ คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง (หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวห, ทรงพล โลดทนงค์ และจินตนา ถ้างเพิ่มพูน, ๒๕๕๙)

๑.๓ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

OAS = ๑ หมายถึง ผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือน แล้ว สงบลงได้ จัดอยู่ในกลุ่มปานกลางต้องจัดการภายใน ๒๔ ชั่วโมง (semi-urgency); สีเขียว

๑. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยสงบ แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งกระตุ้น

๒. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก รับฟังผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่สงบ และเป็นมิตร

๓. ดูแลตรวจสิ่งของที่อาจเป็นอันตราย ยืนห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย ๘ ฟุต และสังเกต อาการอย่างต่อเนื่อง

๔. บันทึกประวัติ อาการสำคัญ และสิ่งที่สังเกตเห็นอาการอย่างต่อเนื่อง

๕. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

๖. เผื่อระวัง / ควบคุมพฤติกรรม ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำ ทุก ๑-๒ ชั่วโมง

OAS = ๒ หมายถึง ผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิด อันตรายต่อตนเองผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน ๒ ชั่วโมง (urgency); สีเหลือง

๑. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยสงบ แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งกระตุ้น
๒. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก รับฟังผู้ป่วย ด้วยท่าทีที่สงบ และเป็นมิตร
๓. ดูแลตรวจสิ่งของที่อาจเป็นอันตราย ยืนห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย ๘ ฟุต และสังเกต อาการอย่างต่อเนื่อง
๔. บันทึกประวัติ อาการสำคัญ และสิ่งที่สังเกตเห็นอาการอย่างต่อเนื่อง
๕. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
๖. เฝ้าระวัง / ควบคุมพฤติกรรม ประเมินอาการเบื้องต้นซ้ำ ทุก ๑-๒ ชั่วโมง
๗. เตรียมทีม โดยการประสานทีมช่วยเหลือเพื่อจำกัดพฤติกรรม
๘. จัดเตรียม ฝ้ายกดยึด เตียง อุปกรณ์ป้องกันต่างๆและยาให้พร้อม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ได้อย่างรวดเร็ว

OAS = ๓ หมายถึง ผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเอง มีท่าทีที่อาจเกิด อันตรายต่อตนเองผู้อื่นและทรัพย์สิน ซึ่งถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักต้องจัดการทันทีทันใด (Emergency); สีแดง

๑. แจ้งประชาสัมพันธ์ รพ.ประกาศรหัส ๙๙
๒. กรณีมีพฤติกรรมก่อเหตุรุนแรง เช่นทำร้ายผู้อื่น ทบทำลายข้าวของ เสียหาย ปีนขึ้นที่สูง จับผู้อื่นเป็นตัวประกัน โทรแจ้ง เจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อเข้ามาระงับเหตุ
๓. พิจารณาใช้วิธีผูกยึด / ให้ยาตามแผนการรักษา
๔. ประสานงานกับโรงพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อ refer ไปรับ การรักษาต่อตามเหมาะสม

๒. แบบบันทึกทางการพยาบาล

- ๒.๑ Monitoring Record
- ๒.๒ Nursing Focus List
- ๒.๓ Nursing Progress Note

ขั้นตอนการปฏิบัติ

๑. การประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง
 - ๑.๑ พยาบาล ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยรับใหม่ รับย้ายทุกราย
 - ๑.๒ ทำการประเมินซ้ำ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ
 - มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย ครอบคลุมประเมินซ้ำ ๗ วัน
 - มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง ประเมินซ้ำวันละ ๑ ครั้ง
 - มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง ประเมินซ้ำทุกเวร ทุกวัน

กรณีมีอาการแสดงออกก้าวร้าว ใช้แบบประเมิน OAS และให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรง

๒. ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ก้าวร้าว ดังนี้

๒.๑ ประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การแสดงออกทาง สีหน้าบึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร การเคลื่อนไหวกระวนกระวายอยู่หนึ่งไม่ได้

๒.๒ ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะถอนพิษยา และการศึกษาประวัติจากญาติ เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีตมีหรือไม่อย่างไร

๓. พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สงบ และให้เกียรติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ

๔. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่

๔.๑ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย รวมทั้งลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยลดเสียงดัง ลดแสงสว่าง

๔.๒ ลดการที่มีคนพลุกพล่าน เพื่อลดสิ่งคุกคามความรู้สึกผู้ป่วย ตรวจสอบผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธได้

๔.๓ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะพฤติกรรมก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมิน

๔.๔ พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจ อย่างมีแผน ระวังตัว และมีท่าทีสงบ

๔.๕ อยู่ห่างผู้ป่วยพอสมควร การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่เป็นมิตร ก้าวร้าวรุนแรง ควรตระหนักถึงช่องว่างระหว่างบุคคล และไม่ควรเข้าหาตัวผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกถูกคุกคาม

๔.๖ เรียกชื่อผู้ป่วยและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ไม่ตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจ และให้วิจารณ์ได้ แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ

๔.๗ ให้ยาตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

๕. จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด หรือใช้ห้องแยกเมื่อจำเป็น

- อธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรม ระยะเวลาและสิทธิของผู้ป่วยในกรณีที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจ
- อนุญาตให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเคลื่อนไหวภายในสถานที่ที่จำกัด (ห้องแยก) ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดพยาบาลต้องให้การดูแลเอาใจใส่เพื่อลดความคับข้องใจ ความกลัว หรือการรับรู้การถูกคุกคาม

๖. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวและระบายความก้าวร้าวได้เหมาะสม โดย จัดให้มีกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานกลางแจ้ง กลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัด

๗. สิ่งที่ต้องระวังในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่

- ไม่ควรเข้าไปพบผู้ป่วยตามลำพัง
- ยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ ๘ ฟุต เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เพราะคิดว่า พยาบาลจะเข้าจู่โจม
- ไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วยที่มีท่าทีอะละอะลอะวาด
- ไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย ควรยืนทแยง
- ท่าทางของพยาบาลที่อาจจะก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น การยืนเท้าสะเอว เหมือนวางอำนาจ / ยืนเอามือไขว่หน้า เหมือนกลัวผู้ป่วย / ยืนเอามือไขว่หลังเหมือนซ่อนอาวุธ
- ไม่ใช้สายตาจ้องผู้ป่วยเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการจำกัดพฤติกรรม

ก่อนการจำกัดพฤติกรรม

- ความจำเป็นที่ต้องกระทำ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุที่ต้องจำกัดพฤติกรรม
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่อการจำกัดพฤติกรรมนั้น เตรียมความพร้อมของทีม
- บอกผู้ป่วยถึงพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม
- บอกกล่าวถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป

ปฏิกิริยาตอบโต้ของผู้ป่วยที่พบบ่อย

- แสดงความโกรธและไม่พอใจ
- แสดงพฤติกรรมต่อต้าน
- ทดสอบทีมผู้รักษา

การใช้ห้องแยก

- การจำกัดบริเวณให้ผู้ป่วยอยู่
- การแยกให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว
- ลดการรับรู้ทางสัมผัส

ข้อห้ามในการใช้ห้องแยก

- ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย
- ผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อคลั่ง
- ผู้ป่วยก่อความรุนแรง ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้
- ผู้ป่วยได้รับยาทางจิต เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง

การผูกมัดร่างกาย (Restraint)

การใช้ผ้าผูกมัดร่างกาย มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

- เอะอะวุ่นวายมากไม่สามารถควบคุมได้
- พยายามทำร้ายตนเองและผู้อื่นตลอดเวลา
- มีอาการสับสน
- ไม่ให้ความร่วมมือในขณะที่ให้การรักษา
- หลังได้รับยา Antipsychotic Drugs แล้วอาการยังไม่สงบ

การใช้ยาสงบระงับ (Chemical Restraint)

- ตามระดับคะแนน OAS หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

การเตรียมความพร้อมของบุคลากร

- ผ่านการฝึกทักษะการประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยเบื้องต้น การเข้าควบคุมตัวและการผูกมัดร่างกายผู้ป่วย
- สำนึกความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย
- ท่าทีที่เข้าไปหาผู้ป่วย
- การพูด ต้องแสดงถึงการยอมรับ เข้าใจผู้ป่วย น้ำเสียงดัง ชัดเจน ไม่รุกราน

- ขนาดตัวผู้เข้าควบคุมตัวผู้ป่วยต้องสมดุลกับตัวผู้ป่วย
- ระมัดระวังเข้าไปควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกตัว

วิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารเหตุการณ์

ด้านกิริยาท่าทาง

- ต้องสงบ น้ำเสียงดัง ฟังชัด แต่ไม่กระโชกโฮกฮาก
- สายตาอยู่ที่ผู้ป่วยตลอดเวลา แสดงท่าทางรับฟังอย่างสนใจ และห่วงใยผู้ป่วย
- มือควรอยู่ด้านหน้า หรือข้างลำตัว ไม่ไพล่หลัง

ด้านคำพูด

- การชักชวนผู้ป่วยพูดคุยด้วยเรื่องทั่วไป
- แจ้งข้อมูลพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกระทำทำให้ผู้ป่วยทราบ และบอกเงื่อนไข หรือทางเลือกที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

การเคารพสิทธิของผู้ป่วย

- ขออนุญาตจากญาติ หรือผู้นำส่ง
- บอกวัตถุประสงค์
- บอกผลเสีย กรณีญาติไม่ยินยอม
- จัดสถานที่ป้องกันการเปิดเผย (expose) ผู้ป่วย

การเข้าควบคุมตัวผู้ป่วย และการเคลื่อนย้าย

- ประเมินจากสถานการณ์ ความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วย และความพร้อม
- พูดคุยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และดึงความสนใจของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ
- ผู้ช่วยเหลือคนใช้ทำหน้าที่เข้าควบคุมตัวผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวไม่รุนแรง/ตัวเล็ก/ผู้หญิง

เจ้าหน้าที่เตรียมผ้าผูกยึด

๑. เจ้าหน้าที่คนที่ ๑ เข้าไปจับมือผู้ป่วยจากทางด้านหลัง ๑ ข้าง โดยใช้มือข้างที่ถนัดจับมือผู้ป่วย ๑ ข้างพลิกและไพล่ไปด้านหลัง และใช้มืออีกข้างล็อกคอผู้ป่วยเอาไว้

๒. เจ้าหน้าที่คนที่ ๒ เดินเข้าไปจับมือของผู้ป่วยข้างที่เหลือจากทางด้านหลัง โดยใช้มือจับบริเวณหัวไหล่และข้อมือของผู้ป่วยพลิกและไพล่ไปด้านหลัง

๓. เคลื่อนย้ายโดย ดันผู้ป่วยให้เดินไปข้างหน้า เจ้าหน้าที่ทั้ง ๒ คนเดินตามไปพร้อมๆกัน

กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง/เป็นผู้ชาย/ตัวใหญ่

เจ้าหน้าที่เตรียมผ้าผูกยึด

๑. เจ้าหน้าที่คนที่ ๑ เข้าไปจับมือผู้ป่วยจากทางด้านหลัง ๑ ข้าง โดยใช้มือข้างที่ถนัดจับมือผู้ป่วย ๑ ข้างพลิกและไพล่ไปด้านหลัง และใช้มืออีกข้างล็อกคอผู้ป่วยเอาไว้

๒. เจ้าหน้าที่คนที่ ๒ เดินเข้าไปจับมือของผู้ป่วยข้างที่เหลือจากทางด้านหลัง โดยใช้มือจับบริเวณหัวไหล่และข้อมือของผู้ป่วยพลิกและไพล่ไปด้านหลัง

๓. เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ/หรือ ๔ เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทางด้านข้าง ข้างละ ๑ คน แล้วคนที่ ๓ ผูกข้อมือผู้ป่วยที่พลิกไว้ติดกันทางด้านหลัง คนที่ ๔ เตรียมช่วยเหลือ

๔. กรณีผู้ป่วยยอมจำนน เคลื่อนย้าย โดยดันผู้ป่วยให้เดินไป เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ ๔ เดินประกบด้านข้างของผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวไม่ยอมจำนน และยังดื้อรั้นมาก

๑. เจ้าหน้าที่คนที่ ๑ เข้าไปจับมือผู้ป่วยจากทางด้านหลัง ๑ ข้าง โดยใช้มือข้างที่ถนัดจับมือผู้ป่วย ๑ ข้างพลิกและไพล่ไปด้านหลัง และใช้มืออีกข้างล็อกคอผู้ป่วยเอาไว้

๒. เจ้าหน้าที่คนที่ ๒ เดินเข้าไปจับมือของผู้ป่วยข้างที่เหลือจากทางด้านหลัง โดยใช้มือจับบริเวณหัวไหล่และข้อมือของผู้ป่วยพลิกและไพล่ไปด้านหลัง

๓. เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ/หรือ ๔ เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทางด้านข้าง ข้างละ ๑ คน ช่วยกันจับและกดผู้ป่วยลงนอนกับพื้น โดยกดให้นอนคว่ำหน้าหรือนอนตะแคง

๔. เจ้าหน้าที่คนที่ ๑ และ ๒ ผูกข้อมือผู้ป่วยให้ติดกันทางด้านหลัง

๕. เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ ๔ ช่วยกันจับข้อเท้าของผู้ป่วยให้ชิดกัน พร้อมผูกข้อเท้าของผู้ป่วยทั้ง ๒ ข้างเข้าไว้ด้วยกัน

๖. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่คนที่ ๑ และ ๒ จับบริเวณต้นคอและกลางหลังของผู้ป่วยคนละข้าง เจ้าหน้าที่คนที่ ๓ และ ๔ จับบริเวณตะโพกและใต้เท้าของผู้ป่วยคนละข้าง ยกตัวผู้ป่วยขึ้นพร้อมๆกัน

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึดร่างกาย

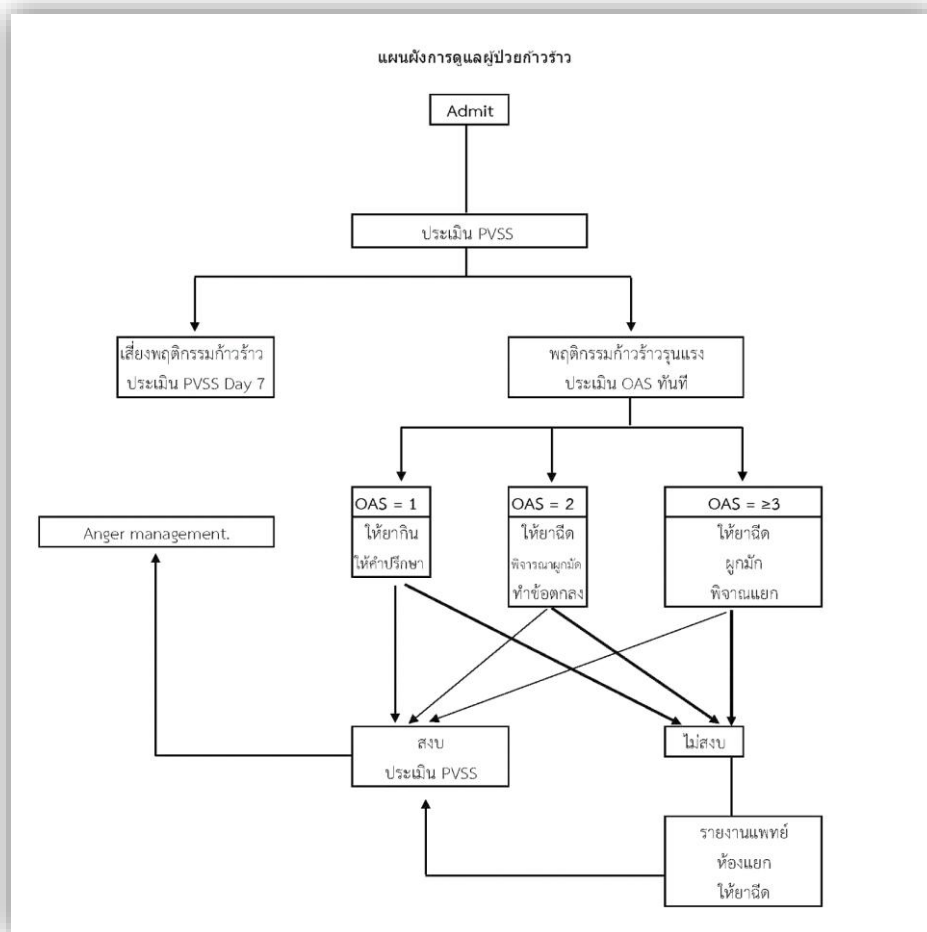
๑. หลังการผูกยึดร่างกาย ควรตรวจร่างกายของผู้ป่วยอย่างละเอียด
๒. ตรวจบริเวณที่ผูกยึด
๓. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเหตุผลที่ผูกยึด
๔. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกของตนเองต่อการผูกยึด
๕. ตรวจเยี่ยม และเปลี่ยนท่า
๖. การปล่อยผู้ป่วยจากการผูกยึด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย

๗. หลังจากปล่อยผู้ป่วยจากการผูกยึดควรตรวจดูผิวหนังและการทำงานของข้อต่อบริเวณที่ผูกยึด

การใช้ยาสงบระงับ (Chemical Restraint)

การประเมินก่อนให้ยา

- ชักประวัติอาการทางกาย ประวัติแพ้ยา
- ชักประวัติการใช้สารเสพติด
- ประเมินพยาธิสภาพทางสมอง
- Vital signs
- ดูการทำงานของม่านตา
- ประเมินการรับรู้
- ประเมินความจำในอดีต และปัจจุบัน



แผนภาพที่ ๒ แผนผังแนวทางการดูแลผู้ป่วยก้าวร้าว โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

๓.๗ การดูแลฟื้นฟูทางสังคมจิตใจผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังและมีอาการกำเริบซ้ำ โดยมีปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ ผู้ป่วยขาดยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ยอมรับประทานยา ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่วมีอาการผิดปกติรุนแรง ฯลฯ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการดูแลในรูปแบบที่เฉพาะ มีความเข้มข้นและต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบและกลับไปก่อความรุนแรงซ้ำ สำหรับการรักษาผู้ป่วย SMI-V จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ยา ร่วมกับการดูแลฟื้นฟูทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Rehabilitation Intervention) (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๖) ดังนี้

๑. Psychological Intervention

- ๑) Cognitive Behavioral Therapy
- ๒) Supportive Therapy
- ๓) Family Intervention

๔) Psychoeducation Intervention

๒. Social Intervention

๑) Daily Living Skill Programs

๒) programs Aimed at Employment

๓. Service Level Intervention

๑) Assertive Community Treatment (ACT)

๒) Intensive Case Management (ICM)

๓) Case Management (CM)

๔. Intervention with Specific Subpopulation

๑) SMI with dual diagnosis

๒) “Homeless” with SMI

๓.๘ การติดตามดูแลต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา

สถานการณ์การก่อความรุนแรงในปัจจุบันของผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่มักพบสาเหตุจากผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและไม่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ รวมทั้งระบบการติดตามดูแล ยังขาดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำและก่อความรุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้รูปแบบการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในปัจจุบัน เช่น การโทรศัพท์ การนัดพบแพทย์ การเยี่ยมบ้านและส่งต่อเครือข่ายติดตามโดยความรับผิดชอบหลักเป็นบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนหากต้องการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนได้นั้นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรเครือข่ายในพื้นที่ติดตามโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นหน่วยบริการตติยภูมิ เฉพาะทาง มีบทบาทในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการบำบัดทางสังคมจิตใจการเตรียมผู้ป่วยสู่ชุมชน ระบบรับส่งต่อหรือภาวะวิกฤติฉุกเฉิน การให้คำปรึกษา และเป็นพี่เลี้ยงให้กับพื้นที่ การพัฒนาระบบสนับสนุนโดยหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชในส่วนของการติดตามหลังการรักษา (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) ได้แก่

๑. ประเมินสภาพทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องติดตามเยี่ยมตามคุณลักษณะที่กำหนด

๒. เชื่อมประสานและส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายในพื้นที่โดยตรงกับโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

๓. ติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในพื้นที่

๔. ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่

(๑) แผนการรักษา การรับประทานยาต่อเนื่อง

(๒) การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติภารกิจประจำวันขณะอยู่ที่บ้าน

(๓) การแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

(๔) สิทธิต่างๆ และการติดต่อรับบริการ

(๕) การดูแลญาติด้านสังคมและจิตใจ

๕. ให้การบำบัด BA (Brief Advice), BI (Brief Intervention), MI (Motivational Interviewing), CBT (Cognitive Behavioral Therapy), Satir Model, Family counseling และ Health education ฯลฯ ร่วมกับทีมเครือข่าย

๖. ติดตามประเมินผลการติดตามเยี่ยม

๗. จัดทำเอกสารรายงานผลการติดตาม

พยาบาลควรตระหนักในการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเด็นการติดตามดูแลต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) มีดังต่อไปนี้

๑. การป้องกันอาการกำเริบ การเสพยาและ/หรือการก่อความรุนแรงจึงต้องมีการติดตามเยี่ยม การประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และการให้สุขภาพจิตศึกษาหรือจิตสังคมบำบัดอย่างต่อเนื่อง

๒. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อป้องกันความพิการ ประเด็นหลัก คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และประเมินผลตามแบบติดตามผู้ป่วย

๔. หลักการนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)

นิเวศน์บำบัด หรือการบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Milieu therapy) คือ การรักษาผู้ป่วยโดยใช้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรผู้ให้การดูแล หอผู้ป่วย และผู้ป่วยด้วยกัน การรักษาวินัยนี้ มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เกิดความคิดริเริ่ม และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (อัจฉราพร สี่ทริณวงศ์ ประภา ยุทธโคธ พวงเพชร เกษรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย, ๒๕๕๗)

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นการบำบัดทางสังคมในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากการบำบัดรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตเมื่อกลับมาอยู่ที่บ้าน โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ได้มีการเริ่มนำมาใช้ภายหลังจากที่ Philip Pinet ได้ทำการปฏิรูปการรักษาผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตโดยการปล่อยโซ่ตรวน และเครื่องพันธนาการออกจากตัวผู้ป่วยเป็นครั้งแรกที่ Pieetre Asylum แห่งประเทศฝรั่งเศส ในปี ค.ศ. ๑๗๙๓ ต่อมา William Tuke ในประเทศอังกฤษ ได้ปฏิบัติตาม นับได้ว่าเป็นผู้บุกเบิกศักราชแห่งการใช้ความมีมนุษยธรรมเป็นเครื่องมือบำบัดอาการทางจิตของผู้ใช้บริการเป็นครั้งแรก มีการดูแลเรื่องความอยู่ของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ และปี ค.ศ. ๑๙๓๕ Lavson ได้ทำการทดลองใช้ Milieu Therapy โดยใช้ชุมชนบำบัด (Therapeutic community) กับเด็กชายหญิงวัยรุ่นที่มีลักษณะอันธพาลเกร ต่อมา Aicham ได้นำหลักการนี้ไปใช้ในวัยรุ่นในเวียนนาประเทศออสเตรีย ก็ได้ประสบความสำเร็จในการใช้กับวัยรุ่นที่เป็นอันธพาล ต่อมาในระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๔๙ - ๑๙๕๑ ได้มีผู้นำ Milieu Therapy ไปใช้อย่างแพร่หลายเพื่อแก้ปัญหาเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาต่างๆ ไป และ ปี ค.ศ. ๑๙๕๖ ได้เริ่มนำ Milieu Therapy มาใช้กันอย่างจริงจังและถือเป็นวิธีการหนึ่งในการบำบัด ผู้ที่มีอาการทางจิต โดย T.F. Main และ ในปี ค.ศ. ๑๙๔๘ - ๑๙๖๐ Maxwell Jones ได้มองเห็นคุณค่าของ Milieu Therapy และเห็นว่าพยาบาลน่าจะปฏิบัติได้เป็นอย่างดี เพราะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการอยู่ตลอดเวลา และในประเทศไทย ได้เริ่มมีการนำการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดมาใช้ ปี พ.ศ. ๒๕๐๘ โดย น.พ. สัน สุวรรณเลิศ เป็นคนแรกที่นำการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดมาใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นครั้งแรก (อัจฉราพร สี่ทริณวงศ์ ประภา ยุทธโคธ พวงเพชร เกษรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย, ๒๕๕๗)

ความหมายของนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)

ฮอฟลิง ได้ให้ความหมายของ Milieu Therapy ไว้ ๒ ความหมายดังนี้

๑. คำว่า Mi แปลว่า Middle (กลาง) lieu แปลว่า Place (สถานที่) Therapeutic แปลว่า ส่งเสริมสุขภาพ (health promoting) ดังนั้นคำว่า Therapeutic milieu จึงหมายถึง Health promoting place หรือ Health promotion environment ซึ่งในที่นี้มีได้เน้นเรื่องของสุขภาพจิตอย่างเดียว แต่เน้นเรื่องของ Physical ด้วยสถานที่เช่นนี้จะมียุ่ทั่วไปในโรงพยาบาลฝ่ายกาย และอื่นๆ ผู้จัดสถานที่จะเป็นเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้านอื่นๆ ก็ได้

๒. การสร้างบรรยากาศเพื่อการบำบัดรักษาอย่างมีจุดมุ่งหมาย เฉพาะผู้ใช้บริการที่มีอาการทางจิตเท่านั้น การจัดบรรยากาศเช่นนี้มีแบบแผน วัตถุประสงค์ และวิธีการเฉพาะ ผู้จัดต้องเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ในทีมพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์ของ Milieu Therapy

๑. เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการบำบัดรักษาที่สมบูรณ์และเหมาะสม โดยใช้ร่วมกับการรักษาด้านอื่นๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

๒. เพื่อให้ผู้ใช้บริการอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น และฝึกการอยู่ร่วมกันในสังคม

๓. เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถติดต่อกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมตามความเป็นจริงปรับตัวเข้ากับสังคมที่เป็นจริงได้

๔. เพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งของ Ego ของผู้ใช้บริการด้วยการกระตุ้นให้เป็นสมาชิกกลุ่มที่ขยันขันแข็ง (Active participant) มิใช่เป็นผู้คอยรับการบำบัดรักษา (Passive receiving treatment) แต่เพียงอย่างเดียว

๕. เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง (Self - esteem) การรู้จักตนเอง (Self awareness) เกิดความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเอง

๖. เพื่อให้ผู้ใช้บริการเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบอย่างที่ดี เพื่อนำมาแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง

๗. เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพจิตดี และมีการเตรียมตัวกลับไปอยู่ในครอบครัวและสังคม

จุดมุ่งหมายของการบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Purposes of Milieu Therapy)

การบำบัดรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม มีจุดมุ่งหมายหลัก ๒ ประการ (Stuart and Laraia, ๒๐๐๕) ได้แก่

๑. จำกัดพฤติกรรมที่วุ่นวายและผิดปกติของผู้ป่วย (Sets limits on disturbing and maladaptive behavior)

๒. สอนทักษะทางจิตสังคมให้ผู้ป่วย (Teaches psychosocial skills)

หลักการที่สำคัญของนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)

Gunderson (๑๙๘๓) ได้อธิบายถึงหน้าที่สำคัญของ Milieu Therapy ให้แก่ผู้ป่วยไว้ดังนี้ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ ประภา ยุทธไตร พวงเพชร เกษรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย บรรณาธิการ, ๒๕๕๗)

๑. การจำกัดขอบเขต (Containment) การผูกมัดหรือการให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก จัดเป็นการบำบัดอย่างหนึ่ง เพื่อป้องกันทั้งตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น รวมทั้งเจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อมไม่ให้ได้รับอันตราย หรือเสียหายจากอาการทางจิตของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะควบคุมตนเองไม่ได้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมควบคุมตนเองได้ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย

๒. การประคับประคอง (Support) การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยในระหว่างการรักษา ด้วยวิธีการบำบัดต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเกิดความมั่นใจในตนเอง และสามารถพึ่งตนเองในการแก้ปัญหาได้ในกรณีที่เกิดอาการรุนแรงก็จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

๓. การจัดโครงสร้าง (Structure) หมายถึง การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อม และสภาพสังคม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย สะดวกสบาย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นรูปแบบทางการและส่วนตัว มีตารางกิจกรรมที่ชัดเจนทั้งเวลา สถานที่ ตัวบุคคล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตลอด ๒๔ ชั่วโมง ได้รับการช่วยเหลือ รักษาอาการ แก้ไขปัญหาและการปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้

๔. การมีส่วนร่วม (Involvement) หมายถึงการจัดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษา มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น การแสดงความคิดเห็น การทำกลุ่มกิจกรรม เช่น การแสดงความคิดเห็น การทำกลุ่มกิจกรรมการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจมากขึ้น

๕. การทำให้ถูกต้องตามจริง (Validation) เป็นการรักษาที่เน้นช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เป็นตัวของตัวเอง อดทนและสามารถปรับตัวเผชิญปัญหาต่างๆ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถนำเอาประสบการณ์ ความรู้ข้อเสนอแนะต่างๆ มาประยุกต์ใช้แก้ปัญหาของตนเอง ได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสมถูกต้องตามความจริง

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ร่วมกับนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัย และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเดิมได้

๑. การจัดสถานที่ สถานที่ซึ่งเป็นอยู่ของผู้ใช้บริการควรจัดให้มีสภาพแวดล้อมและบรรยากาศเพื่อการบำบัดรักษา ดังนี้

สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยควรมีลักษณะคล้ายบ้าน เงียบ สงบ ร่มรื่น น่าอยู่ สะดวกสบาย ปลอดภัย จัดตกแต่งอาคารเป็นสัดส่วน มีห้องนอน ห้องอาหาร ห้องให้การ บำบัดรักษา ห้องสำหรับทำกิจกรรม และห้องน้ำ ตามสภาพเป็นจริงในสังคม มีวัสดุอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตตามความเหมาะสม เช่น นาฬิกาบอกเวลา บ้ายต่างๆ บอกสถานที่ โต๊ะ เก้าอี้ สภาพบรรยากาศภายในหอผู้ป่วย ควรมีความอบอุ่นเป็นมิตร บุคลากรควรวางแผนทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความรู้สึกคุ้นเคยกับการมาอยู่ในโรงพยาบาล โดยแนะนำสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา ให้เขาได้รู้จักคุ้นเคยสถานที่บุคลากรและผู้ใช้บริการอื่น เพื่อให้เขารู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ลดความกลัวหรือวิตกกังวล และรู้สึกปลอดภัย ผู้ใช้บริการบางคนมีการรับรู้ไม่ดี บุคลากรควรป้องกันอันตรายที่จะไปทำร้ายผู้อื่น

โดยการจัดให้อยู่ห้องแยกจนกว่าจะมีอาการดีขึ้น เพื่อเสริมสร้างสภาพสังคมในการอยู่ร่วมกัน (social environment และ social interaction) ตัวอย่างเช่น

ห้องระบายอารมณ์ (Rang Room)

วัตถุประสงค์ เพื่อปลดปล่อยอารมณ์ ระบายอารมณ์ความเครียดสะสม ในสถานที่เหมาะสม

หลักทางจิตวิทยา ความโกรธอาจส่งผลทางจิตใจเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีทฤษฎีซึ่งอ้างอิงจากเรื่อง Myth of Venting Anger โดยพบว่าเพื่อการระบายไม่ได้บรรเทาความโกรธมีแนวคิดหนึ่งชื่อว่า Cathasis แนวคิดการบำบัดความโกรธด้วยการระบายก่อนระเบิดมาจากภาษากรีกที่แปลว่าทำความสะอาด โดยมีความเชื่อว่าการระบายความรู้สึกรุนแรงออกไปจะช่วยชำระล้างจิตใจให้สะอาดหมดจดได้ และทำให้เกิดอารมณ์ดี (Bushman, ๒๐๐๒)

๒. บุคลากร บุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษาที่สำคัญได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ซึ่งจะได้มีความชำนาญแตกต่างกันไป ควรเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ มีความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ เพื่อจะได้มีความเข้าใจผู้ใช้บริการ และมีท่าทีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้บริการ (สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา, ๒๕๕๓)

๓. การจัดกิจกรรมบำบัด (Activity Therapy) การจัดกิจกรรมบำบัดที่จะถือว่าเป็นการบำบัดได้นั้นควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการอยู่กับความเป็นจริง และส่งเสริมผู้ใช้บริการ ให้พัฒนาทักษะทางสังคม เพราะกิจกรรมทำให้มีโอกาสนปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีโอกาสได้รับการแนะนำตัวต่อกลุ่ม ในระยะแรกผู้ใช้บริการอาจเริ่มมีการสื่อสารสื่อสารกับบุคคลอื่นโดย ท่าทาง (Non-verbal communication) ก่อน เช่น ประสานสายตากับบุคคลอื่น ซึ่งอาจทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนน้อย แล้วการสื่อสารด้วยคำพูดจะตามมาได้ภายหลัง ผู้ใช้บริการอาจได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในกลุ่มจะทำให้ผู้ใช้บริการค่อยๆ พัฒนาการมีส่วนร่วมในกลุ่มมากขึ้น ในระยะแรกควรให้ทำกิจกรรมที่ง่ายๆ ก่อน เมื่อสังเกตว่าสามารถตอบสนองและมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น จึงให้ทำกิจกรรมที่ซับซ้อน กิจกรรมหลายอย่างจะทำให้ผู้ใช้บริการต้องมีการคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้เกิดความรู้สึกว่า คนเองประสบความสำเร็จเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

บทที่ ๓

การพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสฟติดักัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัดครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

๑. กระบวนการพยาบาลผู้ติดสารเสฟติด
๒. การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเสฟติดักัญชา
๓. ทฤษฎีทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสฟติดักัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยา
๔. การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ร่วมกับหลักการนิเวศบำบัด

๑. กระบวนการพยาบาลผู้ติดสารเสฟติด

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นจตุรรมของกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ด้วยทฤษฎีความเชื่อใดๆ เพราะสามารถยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้นๆ โดยพยาบาลมีบทบาท และหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ซึ่งทั้งนี้จะต้องสามารถค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล และความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นการวางกรอบการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพในทุกมิติของการพยาบาล และทุกสถานบริการสุขภาพ ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ สามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของกรอบแนวคิดวิเคราะห์ ทางการพยาบาลที่เป็นระบบ เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการพยาบาลหลักทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหาที่มาของปัญหาเพื่อนำมาสู่การวางแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการ หรือปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล ซึ่งรวมถึงทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ในการเลือกกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ปัญหา การค้นหาปัญหาหรือความต้องการ ทางสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคนมีความหลากหลายที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามา เกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรค ที่เป็นวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความเชื่อดังนั้นกระบวนการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการ หรือสามารถแก้ไขปัญาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลได้ กระบวนการพยาบาล ได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขปัญาสุขภาพของผู้รับบริการ

กระบวนการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอนที่พยาบาลคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจ อย่างมีวิจารณ์ญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ (พรศิริ พันธสี, ๒๕๖๒)

องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่

๑. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Assessment)
๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)
๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)
๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention)
๕. การประเมินผล (Evaluation)

ซึ่งแสดงให้เห็นความเป็นวิชาชีพภายใต้ความเชื่อ ความรู้จากศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่สุขภาพดี ป้องกัน และแก้ไข หรือบรรเทาปัญหาสุขภาพให้ผู้ที่ปัญหาสุขภาพ หรือมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาขึ้น ในการดำรงภาวะสุขภาพอย่างเต็มศักยภาพ

๒. การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชา

การที่พยาบาลนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในผู้ใช้บริการแต่ละรายนั้น อาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลในอดีต สภาวะทางจิต ความแตกต่างกันในเรื่องของพัฒนาการ และปัจจัยทางด้านร่างกาย ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญ และสามารถนำไปใช้ในการให้ความช่วยเหลือบุคคลตั้งแต่ขั้นตอนของการประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลได้ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย

๒.๑ การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)

การประเมินผู้รับบริการเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดของกระบวนการพยาบาลเน้นที่การรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ทั้งที่เป็นปัญหา และคาดว่าจะมีปัญหา โดยมีแนวทางการประเมินผู้ป่วยเสพติดกัญชาสำหรับพยาบาล ดังนี้

๒.๑.๑ ประวัติข้อมูลทั่วไป ชื่อ - สกุล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา เป็นต้น

๒.๑.๒ ประวัติการใช้กัญชาโดยการสัมภาษณ์รูปแบบการใช้กัญชา (สูบ กิน/ดื่ม หยอดใต้ลิ้น) ปริมาณการใช้ ระยะเวลาของการใช้ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาเสพติดครั้งสุดท้าย (Last dose) รวมถึงการใช้ ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อสามารถประเมินและนำข้อมูลไปวางแผนการพยาบาลได้ตามระดับความรุนแรงของการใช้ยาเสพติด

๒.๑.๓ ประวัติความเจ็บป่วยทางร่างกายโรคที่ผู้ป่วยเป็นหรือรักษาอยู่รวมถึงยาและการรักษา ที่ผู้ป่วยได้รับทั้งในอดีตและปัจจุบัน

๒.๑.๔ ประเมินสัญญาณชีพ (Vital sign)

๒.๑.๕ ประเมินภาวะขาดยา (Withdrawal sign & symptom) และภาวะได้รับยาเกินขนาด (Heroin over dose)

๒.๑.๖ ประเมินสภาพร่างกายทั่วไปตามระบบ ดังนี้

- ระบบผิวหนัง โดยสังเกตลักษณะของผิวหนัง รอยแผล เพื่อป้องกันการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อน ตรวจการผื่นงูเพื่อประเมินการอักเสบบริเวณที่ผื่น
- ศีรษะ ใบหน้า ช่องปาก และลำคอ เพื่อค้นหาความผิดปกติ และโรคร่วมอื่นที่อาจพบใน ผู้ป่วย เช่น โรคเชื้อราในช่องปาก (Candida albican)
- ระบบทางเดินหายใจและทรวงอกเพื่อค้นหาความผิดปกติ และโรคร่วมอื่นที่อาจพบใน ผู้ป่วย เช่น วัณโรค (Tuberculosis), ปอดอักเสบ (Pneumocystis Carinii Pneumonia AP) เป็นต้น
- ระบบหัวใจและหลอดเลือดฟังเสียงการเต้นของหัวใจ การเต้นของชีพจรเนื่องจากกัญชาทำให้หลอดเลือดหดตัว อาจทำให้ความดันโลหิตสูง
- ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยกัญชามักมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องเดิน
- ระบบประสาทประเมินระดับความรู้สึกตัว
- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เนื่องจากผู้ป่วยกัญชามักมีอาการสั่นของกล้ามเนื้อ มือสั่น เท้าสั่น ทรงตัวไม่อยู่ มีอาการผิดปกติทางสายตา
- ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เพื่อประเมินโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๒.๑.๗ ประเมินสภาวะทางจิตโดยใช้แบบประเมินสภาพทางจิต (Mental status examination)

๒.๑.๘ ประเมินระดับความรุนแรงของการติดยาและสารเสพติด โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคของ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๕ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-๕)

๒.๑.๙ ประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด โดยใช้การสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ด้วยแบบประเมิน Ruler scale

๒.๑.๑๐ ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด (Urine THC) รายใหม่ทุกรายเพื่อยืนยันการใช้กัญชา

๒.๑.๑๑ ประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (จากการสังเกต ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผลการตรวจอื่นๆ

๒.๒ การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เป็นการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพมาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อเป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๖๑) ได้อย่างตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ติดยาเสพติด ดังต่อไปนี้

๒.๒.๑ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะทำการประเมิน เช่น

- แบบแผนการนอนหลับแปรปรวนเนื่องจากถอนพิษยา

- ได้รับสารน้ำ อาหารและอิเล็กโทรไลต์น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจาก
ถอนพิษยา

- วิดกกังวลระดับมากเนื่องจากรับรู้ว่าคุณค่า
- วิดกกังวลระดับปานกลางเนื่องจากสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป
- วิดกกังวลระดับเล็กน้อยเนื่องจากอยากกลับบ้าน
- สัมพันธภาพบกพร่องเนื่องจากขาดทักษะทางสังคม
- ปรับตัวไม่ได้เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง
- การดูแลตนเองบกพร่องเนื่องจากมีภาวะสับสน

๒.๒.๒ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis)

เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็น แต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ ยกตัวอย่างเช่น

- เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเนื่องจากประสาทหลง
- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากถอนพิษยาและมีภาวะสับสน
- เสี่ยงต่อการออกนอกโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาตเนื่องจากอยากกลับบ้านมาก
- เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมเนื่องจากภาวะขาดยาเสพติด

(ระบุชนิด)

- เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากรู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวัง
- เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดความตระหนักในผลกระทบ

จากการเสพยาเสพติด

- เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวไม่เหมาะสม แผนการรักษาขัดกับความเชื่อขาดกำลังใจ รู้สึกท้อแท้กับปัญหา

๒.๒.๓ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis)

เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้ เช่น

- อาจเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม
- อาจเกิดภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง
- อาจเกิดผลข้างเคียงจากยาที่ใช้บำบัดรักษาในโรงพยาบาล
- อาจเกิดสัมพันธภาพบกพร่อง
- อาจมีการรับรู้แปรปรวน

๒.๒.๔ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis)

เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แสดงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี มีพฤติกรรมที่ แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรือมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

- มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม

- มีความสามารถในการทำกิจกรรมบำบัดเนื่องจากการปรับตัวต่อแผนการรักษา
- มีความสามารถในการจัดการปัญหาเนื่องจากมีทักษะการเผชิญความเครียด

๒.๒.๕ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกลุ่มอาการ (Syndrome nursing diagnosis)

เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อที่มีความเสี่ยงสูงที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ซึ่งบ่งบอกว่ามีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น ซึ่งจะมีข้อความที่รวมถึงพยาธิสภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น

- เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการของโรคติดกัญชา
- เสี่ยงต่อการเกิดอาการประสาทหลอน
- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

๒.๓ การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี ๔ ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้

๒.๓.๑ จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา

การจัดลำดับมีหลักการพิจารณาได้ ๒ ทาง คือ

๑) ปัญหาที่มีความรุนแรง และมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis)

๒) การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

๒.๓.๒ กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria)

เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ เป็นการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล การพยาบาลผู้ติดยาเสพติดเมื่อประเมินภาวะสุขภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลแล้ว ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะนำมาสู่การวางแผนการพยาบาล พยาบาลต้องตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ติดยาเสพติด การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด มีการกำหนดเป้าหมาย ๓ ระยะ (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๖๑) ดังนี้

เป้าหมายระยะสั้น เป็นเป้าหมายที่มุ่งจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นโดยทันที ตามความรุนแรงความเร่งด่วน หรืออันตรายต่อชีวิตและจะต้องได้รับการแก้ไขก่อนเป็นระยะวิกฤติโดยเฉพาะในขั้นการถอนพิษยาหรือที่มีอาการทางจิตกำเริบอาการจากโรคประจำตัวเกิดขึ้นเฉียบพลันยกตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลในเป้าหมายระยะสั้น ดังนี้

- ไม่เกิดอันตรายจากการถอนพิษยา
- ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น
- นอนหลับพักผ่อนได้นอนหลับในเวลากลางคืนได้อย่างเพียงพอ
- ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม ตกเตียง
- ไม่เกิดการบาดเจ็บ
- ไม่เกิดอาการชัก
- รับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล
- ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา

- สามารถบอกอาการตนเองได้
- ปลอดภัยจากภาวะขาดยาเสพติด (ระบุชนิด)
- สามารถเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง
- บอกได้เกี่ยวกับอาการหลงผิด/ประสาทหลอน ที่เกิดขึ้นมีความบกพร่องในการทำ

กิจวัตรประจำวันเนื่องจากอยู่ในภาวะประสาทหลอน

เป้าหมายระยะกลาง เป็นเป้าหมายที่มุ่งจัดการปัญหาสุขภาพในช่วงผ่านพ้นระยะวิกฤติ หรือในขั้นการถอนพิษยา ที่ปรับสภาพร่างกายและจิตใจได้แล้วเพื่อเตรียมเข้าสู่ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรืออยู่ในขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีอาการต่างๆ คงที่ ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต ยกตัวอย่างข้อวินิจฉัย การพยาบาลในเป้าหมายระยะกลาง ดังนี้

- ยอมรับการรักษา
- ควบคุมตนเองได้
- มีความรู้ในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับอาการและความผิดปกติการปฏิบัติตามแผน

การรักษา

- วิตกกังวลลดลง
- สุขสบายขึ้น
- ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง
- ยอมรับการเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เข้าใจภาวะเจ็บปวดและสามารถปฏิบัติได้
- มีแรงจูงใจและความตั้งใจมุ่งมั่นที่จะเลิกยาเสพติด
- ตั้งใจเข้ากลุ่มอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง
- ขอความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกอยากยาเสพติดอีก
- มีความรู้เกี่ยวกับโทษหรือผลกระทบของยาเสพติด
- รู้สึกเศร้าลดลง มีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น
- มีกำลังใจในการเลิกยาเสพติด
- มีความสามารถในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด

เป้าหมายระยะยาว เป็นเป้าหมายที่มุ่งจัดการปัญหาสุขภาพในขั้นการฟื้นฟู สมรรถภาพ จนถึงขั้นการติดตาม ยกตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลในเป้าหมายระยะยาว ดังนี้

- สามารถลด ละ เลิกการใช้ยาเสพติด
 - ลดความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ
 - ปรับตัวปรับใจพร้อมกลับสู่สังคม
 - มีทักษะชีวิตที่จำเป็น เช่น ทักษะการสื่อสารทางบวกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการ
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (ครอบครัว ชุมชน)
- มีทักษะการจัดการและเผชิญความเครียดที่เหมาะสม
 - มีแผนชีวิตและเป้าหมายอนาคต

๒.๓.๓ การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions /Activities)

เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและเป้าหมายการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของ แพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

๒.๓.๔ การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan)

การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายแผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาล แก่ผู้ป่วยทุกคน รูปแบบหรือ แบบฟอร์มแผนการพยาบาลที่ใช้มีความหลากหลายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของแต่ละสถานบริการสุขภาพ การเขียนแผนการพยาบาลเป็นการนำส่วนต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล มาเขียนเป็นแผนการพยาบาลแผนการพยาบาลมีการเขียน ดังนี้

๑) เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้ผ่านการจัดลำดับตามความสำคัญแล้ว พร้อมทั้งระบุข้อมูลสนับสนุนที่เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่ได้มาจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

๒) เขียนเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังสำหรับแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การเขียนเป้าหมายควรเน้นไปที่ตัวผู้ป่วยพยาบาลต้องการอยากเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไรให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาลในช่วงของเวลาที่กำหนด

๓) เขียนกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions) การเขียนกิจกรรมการพยาบาลเป็นการเขียนต่อจากผลลัพธ์ที่คาดหวังในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

๒.๓.๕ การประเมินผล (Evaluation)

เป็นการเขียนผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผลเป็นการตรวจสอบด้วยว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้แก่ผู้ป่วยสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงและสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ ถ้าพบว่ามีอุปสรรคหรือมีปัญหาที่ส่วนใดจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงต่อไป

๒.๔ การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)

เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้องก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติพยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล เมื่อพยาบาลพิจารณาแล้วว่าขาดความรู้ หรือไม่มีทักษะในกิจกรรมนั้นๆ จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลคนอื่นที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านนี้โดยตรงมาช่วยการปฏิบัติการพยาบาล ต้องเน้นถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ ถ้าพบว่า มีปัญหาในส่วนใดของกิจกรรมต้องทำให้กระจ่างและชัดเจนก่อน กิจกรรมการพยาบาลต้องเป็น

การปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิของบุคคล และความเสี่ยงต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ในกรณีที่มีการมอบหมายแผนการพยาบาลให้พยาบาลคนอื่นนำไปใช้ ผู้ที่วางแผนการพยาบาลต้องแน่ใจว่าทุกกิจกรรมการพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้ จึงควรมีการนิเทศและตรวจสอบเป็นระยะๆ ในการปฏิบัติพยาบาลผู้ติดยาเสพติด (นริสา วงศ์พนารักษ์, ๒๕๖๑) ยกตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

- สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- สัมภาษณ์ซักประวัติและตรวจร่างกาย
- ประเมินและคัดกรองใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินต่างๆตามความเหมาะสม
- ให้การรักษาเพื่อสร้างแรงจูงใจให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA)

การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) ตามผลคัดกรอง

- การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI)
- การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET)
- ให้การปรึกษารายบุคคล/รายกลุ่ม ตามความเหมาะสม
- ครอบครัวยุติบำบัด

ขั้นตอนพิชยา

- ประเมินความรุนแรงของการขาดยาเสพติด ด้วยการสังเกตอาการ สอบถามอาการ ประเมินโดยใช้เครื่องมือการประเมินภาวะขาดยาเสพติด ตามแต่ละชนิดของยาเสพติด
- สังเกตอาการและเฝ้าระวังใกล้ชิด ๒๔ ชม.
- วัดสัญญาณชีพ (Record vital signs) และบันทึกสัญญาณชีพตามเวลา และบันทึก

การเปลี่ยนแปลง หากพบความผิดปกติรายงาน

- บันทึกการเข้า-ออกของสารน้ำ (Record intake output)
- ดูแลให้ได้รับอาหาร น้ำ สารน้ำและยาตามแผนการรักษา
- ดูแลให้ได้พักผ่อนและนอนหลับในเวลากลางคืน
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สงบ ลดการกระตุ้น ให้มีแสงสว่างเพียงพอเพื่อให้เห็น

ความเปลี่ยนแปลงของเวลาในวันหนึ่งๆ

- ดูแลการรับประทานยาตามแผนการรักษา
- เฝ้าระวังอุบัติเหตุและป้องกันอุบัติเหตุ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยปราศจากสิ่ง

ใช้เป็นอาวุธของมีคม

- ให้การผูกมัด (physical restraint) กรณีที่สับสนมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ เพื่อป้องกัน

อันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น

- ในเวลากลางคืนควรเปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอเพื่อลดอาการประสาทหลอน
- ให้ข้อมูลความจริงกับผู้ป่วย (present reality) เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน

(hallucination)

- ในรายที่ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับวันเวลา สถานที่บุคคล
แนะนำตัวเอง และเรียกชื่อผู้ป่วย บอกข้อมูลต่างๆเพื่อลดอาการสับสน

- ใช้คำพูดสั้นๆ ง่ายๆ กับผู้ป่วยในกรณีสับสน
- แนะนำตัวพยาบาล และแจ้งวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง
เพื่อลดความกังวล

- กระตุ้นให้ญาติมาเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูความจำเกี่ยวกับบุคคล
- ประเมินผลข้างเคียงจากยา
- รายงานแพทย์เมื่อพบอาการและความผิดปกติที่อาจเกิดอันตรายแก่ชีวิต
- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและความสะอาดสิ่งแวดล้อม
- ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนและการนอนหลับอย่างเพียงพอ
- ดูแลความสุขสบายทั่วไป
- ดูแลการขับถ่าย
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา อาการ การปฏิบัติตน แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อความเข้าใจ

การรักษาและลดความวิตกกังวล

- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาการดูแลตนเอง
- สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก
- ให้การรักษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเข้าสู่ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ขั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- แนะนำตัวพยาบาล และแจ้งวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง

เพื่อลดความวิตกกังวล

- เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกและสอบถามข้อที่กังวลใจ
- ดูแลให้ทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมตามตารางที่กำหนด
- ประเมินอาการปัญหาสุขภาพและใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินต่างๆ ตามความ

เหมาะสม

- ส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด
- ให้การบำบัดทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ ประเมินผู้ป่วยและพิจารณาเลือกตาม

ความเหมาะสม ได้แก่

- การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI)
- การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET)
- การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral Therapy)
- การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST)
- ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification)

- ชุมชนบำบัด (Therapeutic community)
- จิตสังคมบำบัด (Matrix program)
- จิตบำบัด (Psychotherapy) ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม
- กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (supportive group psychotherapy)
- กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group)
- กลุ่มบำบัดผู้ติดสุรา (Alcoholics Anonymous: AA)
- การบำบัดตามแนวจิตวิทยาเทียร์/ครอบครัวบำบัดตามแนวจิตวิทยาเทียร์
- การให้การปรึกษา ทั้งรายบุคคล ครอบครัวและรายกลุ่ม (individual/family/group/counseling)

- การบำบัดทางจิตวิญญาณ (spirituality intervention)

- ประเมินความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการเสพยาเสพติด
- สอบถามเพื่อค้นหาปัจจัยทางบวกที่สนับสนุนการเลิกเสพยาเสพติด
- ประเมินทักษะต่างๆที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตเมื่อกลับบ้าน เช่น ทักษะการสื่อสารทางบวก

ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการปฏิเสธ

- สอบถามและประเมินทักษะในการจัดการความเครียด (ปัญหา) และการเผชิญความเครียด (ปัญหา) เพื่อตรวจสอบว่า เลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาหรือใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมหรือไม่

- ประเมินแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด

- สอบถามความรู้สึกที่มีต่อตนเอง

- สอบถามความตั้งใจในการเลิกเสพยาเสพติด

- สอบถามใครเป็นคนสำคัญในชีวิต และตัวผู้ติดยาเสพติดเองมีความสำคัญต่อบุคคลอื่นอย่างไร เพื่อหาเป้าหมายในการเลิกเสพยาเสพติด

- สอบถามการวางแผนชีวิตหรือเป้าหมายชีวิตเมื่อออกจากโรงพยาบาล

- ให้ข้อมูลและเฝ้าระวังเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เช่น การติดเชื้อ HIV/AIDS จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เป็นต้น

ขั้นการติดตาม

- นัดหมายมาพบที่สถานบำบัด/รพ./คลินิก หรือติดตามทางโทรศัพท์ สอบถามจากผู้นำชุมชน หรือวิธีการอื่นๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าและผลของการบำบัดรักษา ปัญหาอุปสรรคความสำเร็จ

- ติดตามเยี่ยมบ้าน ชุมชน สร้างความเข้าใจปัญหาร่วมกัน

- สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ติดยาและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

- เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกและสอบถามข้อที่กังวลใจ

- การให้การปรึกษา ทั้งรายบุคคล ครอบครัวและรายกลุ่ม (individual/family/group/counseling) ตามความเหมาะสม

- ครอบครัวยุติให้ข้อมูลความรู้และเฝ้าระวังเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เช่น การติดเชื้อ HIV/AIDS
- ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดยาเสพติด ผลกระทบและโทษภัยของยาเสพติด แหล่งข้อมูล และหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ
- ส่งต่อในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการต้องการความช่วยเหลือพิเศษอื่นที่ต้องประสานหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรง เช่น อาชีพ การจ้างงานการให้โอกาสทางการศึกษา

๒.๕ การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งคาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้นการประเมินผลการพยาบาล เป็นการสร้างมาตรฐาน สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล เป็นการตรวจสอบว่า

- ๑) เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้ป่วยบรรลุตามเกณฑ์การประเมินหรือไม่ ถ้าบรรลุตามเกณฑ์การประเมิน ปัญหาสุขภาพตามข้อวินิจฉัยนั้นจะถูกกลบออกไปจากแผนการพยาบาล
- ๒) ถ้าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้ป่วยบรรลุตามเกณฑ์การประเมิน เป็นบางส่วนต้องกลับมาทบทวนแผนการพยาบาลและทำการปรับหรือแก้ไขในส่วนนั้นๆ ก่อนนำไปปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย และทำการประเมินอีกครั้ง
- ๓) ถ้าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้ป่วยไม่บรรลุตามเกณฑ์การประเมิน พยาบาลต้องทบทวนแต่ละขั้นตอนของแผนการพยาบาลและพิจารณาถ้าจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขก็ต้องทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไข แผนการพยาบาลใหม่ทั้งหมด
- ๔) กิจกรรมการพยาบาลเหมาะสมและมีผลต่อการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่ การประเมินผลจะช่วยให้พยาบาลได้กำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและความคาดหวังของผู้ป่วย

๓. ทฤษฎีทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด

๓.๑ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, ๒๐๑๐)

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) ในปี ๑๙๘๗ จากความเชื่อที่ว่า บุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความปกติหรือความผิดปกติเป็นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งในปัจจุบันและอนาคต ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception-health management pattern)

เป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความคิดความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพ หรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความผิดปกติตลอดจนพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจำกัด เงื่อนไขและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional- metabolic pattern)

เป็นการประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง มุมมอง (ความคิด) ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภค และการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องการรับประทานอาหาร เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย (Elimination pattern)

เป็นการประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของ ของเสียทุกประเภท ออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปฏิกิริยาส่งเสริม ปฏิกิริยาเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขับถ่าย การเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการปรับตัวเพื่อแก้ไข ปัญหา ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย ตรวจท้อง ระบบขับถ่าย ปัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนัก และการทำงานของลำไส้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity- exercise pattern)

ประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อน นอนหลับ (Sleep – rest pattern)

เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) ของผู้รับบริการ ปฏิกิริยาส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอนความรู้สึกลักษณะที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น การสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

แบบแผนที่ ๖ การรับรู้คิด การรับรู้ และการติดต่อสื่อสาร (Cognitive- perceptual communication pattern)

เป็นการประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้ง เรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง ความสามารถทางสติปัญญา เช่น ความจำ การคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ การแก้ไขปัญหา ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียน หนังสือ/ความจำ/การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา ลักษณะการตอบโต้ การใช้ภาษา การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่นการสัมผัส ความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกตัว

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์และสภาพอารมณ์ (Self-perception – self – concept pattern)

เป็นการประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถทั้งในภาวะปกติและในขณะที่เจ็บป่วย ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำ ในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความรู้สึก ต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ (Role – relationship pattern)

เป็นการประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอก ครอบครัว ที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัว ทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารับยาที่โรงพยาบาล หรือมาตรวจตามนัด ผลของความ เจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัว ลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

แบบแผนที่ ๙ เพศการเจริญพันธุ์ (Sexuality – reproductive pattern)

เป็นการประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง และคู่ของตนเองเพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่แต่งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร)

แบบแผนที่ ๑๐ ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด และการแก้ปัญหา (Coping – stress tolerance pattern)

เป็นการประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติ และการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัวความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อ หรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว กระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัว และการแก้ปัญหา

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าความเชื่อและสภาวะทางจิตวิญญาณ (Value – belief-spiritual pattern)

เป็นการประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่า ความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตรายการงดเว้นของแสลงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น

๔. การนำหลักการนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะการบำบัดทางสังคมซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษา การจัดสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยจัดหอผู้ป่วยให้เป็น สถานที่น่าอยู่ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกปลอดภัย บรรยากาศมีความอบอุ่นเป็นมิตร บุคลากรมีความเข้าใจให้

การยอมรับมีกิจกรรมที่ทำให้ผู้รับบริการได้ใช้ความสามารถ เกิดความภาคภูมิใจ เชื่อมมั่นในตนเองเรียนรู้ การสร้างสัมพันธ์ภาพสามารถควบคุมตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ปรับตัวเข้ากับสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดรักษา จะต้องจัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัย และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้กลับไปใช้ชีวิต ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและชุมชนได้ (อัจฉราพร สีศิริณวงศ์ ประภา ยุทธโคโร พวงเพชร เกษรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย, ๒๕๕๗)

บทบาทของพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

พยาบาลเป็นบุคคลที่ต้องอยู่ใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรมี ดังนี้

๑. จัดระเบียบหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย สะดวกสบายตามความเหมาะสมมีตารางกิจกรรมของแต่ละวัน ให้ผู้ป่วยมองเห็นชัดเจน
๒. ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลงในการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข เพื่อการรักษา และสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมและความจำเป็น
๓. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมตามตารางกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา และปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
๔. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง มีความรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมตัดสินใจในการกระทำต่างๆ
๕. ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยและแบบอย่างที่ดีให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเลียนแบบในการปฏิบัติตัว การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธ์ภาพต่อกัน
๖. มีทัศนคติที่ดีและปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีอบอุ่น นุ่มนวล พุดจาสุภาพ ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความจริงใจและสม่ำเสมอ
๗. ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึงและยุติธรรมยอมรับในความเป็นบุคคลและเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย
๘. นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแลประเมิณผล
๙. ประชุมทีมงานเพื่อแก้ไขปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย
๑๐. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรในทีม ผู้ป่วย ญาติและหน่วยงานอื่นๆ
๑๑. ประชุมทีมงานเพื่อแก้ไขปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย
๑๒. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรในทีม ผู้ป่วย ญาติและหน่วยงานอื่นๆ

ตารางที่ ๒ แสดงกระบวนการพยาบาล และการนำแนวคิดนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

กระบวนการพยาบาล	แนวคิดนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)
ประเมินสภาพ (Assessment): เป็นขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องโดยการสัมภาษณ์ซักประวัติเพื่อรวบรวมปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ	เป็นระยะที่พยาบาลและผู้รับบริการทำความรู้จักกันครั้งแรกปัจจัยที่มีผลต่อการสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการได้แก่ ค่านิยม วัฒนธรรม เชื้อชาติ ความคิดเดิม ความเชื่อ ประสบการณ์ในอดีตความคาดหวังในระยะนี้ทั้งผู้รับบริการและพยาบาลต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน หากการสร้างสัมพันธภาพในขั้นต้นดำเนินไปด้วยดีก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินในขั้นตอนต่อไปได้ พยาบาลและผู้รับบริการเข้าใจกันและกัน ผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถซักถามข้อสงสัย บางครั้งผู้รับบริการบางรายอาจต้องการทดสอบพยาบาลทั้งในแง่ความรู้ ความจริงใจของพยาบาลที่มีต่อตนเองในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้ คือ ๑. แนะนำตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาลพร้อมกับบอกวัตถุประสงค์การนัดหมายและการพูดคุยสนทนา ๒. กำหนดข้อตกลงของสัมพันธภาพ หลังจากแนะนำตนเองแล้ว พยาบาลต้องบอกถึงข้อตกลงของการสร้างสัมพันธภาพซึ่งก็ได้แก่ สถานที่ เวลาที่นัดหมายเพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง เป็นต้น ข้อตกลงเหล่านี้จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจขอบเขตของสัมพันธภาพ ๓. ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการพบกันครั้งแรก หรือในระยะของการมีสัมพันธภาพความวิตกกังวลของผู้รับบริการอาจเกิดจากพยาบาลเป็นคนแปลกหน้าที่ยังไม่ไว้วางใจไม่กล้าพูดคุยเรื่องส่วนตัว ส่วนพยาบาลอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการสนทนา ไม่ทราบว่าจะสนทนากับผู้รับบริการได้อย่างไรไม่แน่ใจว่าตนจะช่วยผู้รับบริการได้หรือไม่ความวิตกกังวลของผู้รับบริการจะลดลงได้ก็ด้วยการแสดงท่าทีและพฤติกรรมของพยาบาลที่น่า

กระบวนการพยาบาล	แนวคิดนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)
	ไว้วางใจได้และทำที่ที่แสดงออกในลักษณะของการยกย่องนับถือผู้รับบริการการรักษาสัญญาและรักษาความลับรวมทั้งทำที่ที่สม่ำเสมอ ส่วนตัวพยาบาลเองนั้นสามารถลดความวิตกกังวลได้โดยการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพและการสนทนาเพื่อการบำบัด ๔. ประเมินความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการ ในระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพนี้ พยาบาลควรมีการประเมินความคิด ความรู้สึกต่อการสร้างสัมพันธภาพ ความคิดต่อตนเองต่อความเจ็บป่วยซึ่งถ้าพยาบาลสามารถประเมินใกล้ความจริงเท่าใดก็จะสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง
การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) และ การวางแผนการพยาบาล (Planning): นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพมากำหนดและลำดับปัญหาสุขภาพและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำมาวางแผนให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งกำหนดกิจกรรม การพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติกับผู้รับบริการและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน	เป็นขั้นตอนของการมองปัญหา ผู้รับบริการจะเลือกตอบสนองต่อบุคคลที่ทำให้มองเห็นปัญหาผู้รับบริการบางรายอาจจะให้ความร่วมมือมากขึ้นและพึ่งพาตนเองบ้างบางเรื่องบางรายอาจพึ่งพิงพยาบาลมากคือไม่ช่วยเหลือตนเองเลยและบางรายอาจมีอิสระและไม่พึ่งพิงพยาบาลคือช่วยเหลือตนเองเต็มที่ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการแลกเปลี่ยนการรับรู้และความคาดหวังระหว่างกันเมื่อมีสัมพันธภาพระหว่างกันเกิดขึ้น ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้ คือ ค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้รับบริการพยาบาลใช้เทคนิคการสนทนาที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ระบายปัญหาความวิตกกังวลออกมาให้มากที่สุด เพื่อช่วยให้สามารถระบุปัญหา ซึ่งทักษะที่สำคัญของพยาบาลในระยะนี้คือการฟังและการถามโดยในการฟังนั้นพยาบาลต้องฟังอย่างตั้งใจและติดตามเรื่องราวของผู้รับบริการเพื่อจับประเด็นให้ได้ฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้รับบริการมากกว่าการแนะนำ ขัดแย้ง หรือสั่งสอน เพราะบางครั้งเมื่อผู้รับบริการได้ระบายปัญหาออกมาแล้ว ผู้รับบริการอาจมองเห็นแนวทางแก้ไขปัญหด้วยตัวเอง สำหรับการถามนั้น

กระบวนการพยาบาล	แนวคิดนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)
	พยาบาลต้องซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ เพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ ไม่ใช่ถามเพราะพยาบาลอยากรู้
การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation): พยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพซึ่งกันและกันในความเป็นปัจเจกบุคคลและทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กันและร่วมมือกันในการทำกิจกรรม	เป็นขั้นตอนการแก้ปัญหาหลังจากที่สามารถระบุปัญหาได้แล้วทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของบรรยากาศการช่วยเหลือ ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของสัมพันธภาพและเห็นประโยชน์ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติดังต่อไปนี้คือ ๑. ช่วยพัฒนาการเข้าใจตนเองและการแก้ไขปัญหของผู้รับบริการหลังจากผู้รับบริการได้ระบายปัญหาออกมาแล้ว พยาบาลใช้ทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดช่วยให้ผู้รับบริการได้วิเคราะห์พฤติกรรมความคิดและการกระทำของตนเองเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้เข้าใจตนเองและเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลอาจให้ข้อมูลและช่วยผู้รับบริการให้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาใหม่ให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจ เลือกแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ในแนวทางที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพ ๒. ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยการให้เวลาให้กำลังใจให้การช่วยเหลืออย่างจริงจังพยายามช่วยให้ผู้รับบริการมีสังคมกับคนอื่นเพื่อสามารถมองตนเองและคนอื่นในแง่ดีขึ้นแต่ต้องไม่ทำให้พึ่งพาพยาบาลมากเกินไป ต้องพยายามทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองสามารถตัดสินใจและปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ๓. พยาบาลต้องชำนาญในการใช้ทักษะต่าง ๆ เช่น การฟัง การยอมรับ การทำความเข้าใจ และการตีความหมาย และนำทักษะเหล่านี้มาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถค้นพบศักยภาพในตนเอง และนำมาใช้ในการปรับตัวและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ๔. ในระยะถอนพิษยา ผู้ป่วยสารเสพติดส่วนใหญ่จะมีอาการทางกาย และอาการทางจิต ในระยะนี้พยาบาลจะมีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดดูแลอย่างใกล้ชิด ได้แก่ การจัดการสถานที่ บรรยากาศเหมือนบ้าน หรือสังคมภายนอก ที่

กระบวนการพยาบาล	แนวคิดนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)
	พักมีความสะอาด เป็นสัดส่วน มีห้องนอน ห้องน้ำ ห้องอาหาร ห้องกิจกรรม ห้องโถงหรือมุมพักผ่อน เป็นต้น บริเวณนอกหอผู้ป่วยมีความร่มรื่น จัดให้ ผู้ป่วยได้มีโอกาสที่จะเดินเล่นหรือทำกิจกรรมบ้าง มีปฏิทิน นาฬิกา ตารางการปฏิบัติกิจกรรม ป้ายชื่อห้อง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ได้ ถูกต้อง ไม่สับสน ให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีของใช้ส่วนตัวที่จำเป็น เช่น ผ้าเช็ดตัว สบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน เป็นต้น หรืออาจมีการจำกัดขอบเขต (Containment) โดยการผูกมัดหรือการให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระยะที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เพื่อป้องกันทั้งตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น รวมทั้งเจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อมไม่ได้รับอันตราย หรือเสียหาย ในระยะนี้มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ จำกัดพฤติกรรมที่วุ่นวายและผิดปกติของผู้ป่วย (Sets limits on disturbing and maladaptive behavior) ๕. ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลต้องรับผิดชอบเป็นผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ซึ่งบทบาทที่จะต้องปฏิบัติมี ดังนี้ ๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสนใจในกิจกรรมที่จัดขึ้น ๒. วางแผนการจัดกิจกรรม โดยประชุมบุคลากรหรือทีมงานผู้จัดก่อนการจัดกิจกรรม ๓. รับผิดชอบให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มตามเวลา ๔. แนะนำกิจกรรม โดยเริ่มจากการให้ผู้ป่วยมีโอกาสอภิปรายถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่จัดขึ้น ๕. เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในขณะร่วมกิจกรรม ๖. ประสานงานกันในทีมผู้จัดกิจกรรมและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ๗. สนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้ป่วย ๘. สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะเข้าร่วมกิจกรรม ๙. ประเมินผลกิจกรรมที่จัด ในระยะนี้มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ สอนทักษะทางจิตสังคมให้ผู้ป่วย (Teaches psychosocial skills)
การประเมินผล (Evaluation): ประเมินผลและรับทราบผลของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	เป็นระยะที่เมื่อความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลและ

กระบวนการพยาบาล	แนวคิดนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)
	ผู้รับบริการผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสามารถแก้ไขปัญห ได้ แล้วความต้องการในการช่วยเหลือก็ลดน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการสิ้นสุด ระยะนี้มี การประเมินผลและอาจมีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการ รักษาและการดำรงภาวะสุขภาพต่อไปในระยะนี้ถ้าพยาบาล เตรียมผู้รับบริการไม่ดีผู้รับบริการอาจเกิดความวิตกกังวล จากการพลัดพราก (Separate Anxiety) ซึ่งจะแสดง ออกมาในรูปแบบต่างๆเช่นไม่ยอมรับการยุดีสัมพันธภาพไม่ ยอมรับในตัวยพยาบาลมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นแสดงอาการ ก้าวร้าวทางคำพูดและท่าทางและมีท่าที่ไม่เป็นมิตรและมี พฤติกรรมถดถอย ช่วยเหลือตนเองน้อยลงหรือไม่ช่วยเหลือ ตนเอง ในระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติพยาบาลควรให้ ผู้รับบริการได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้าได้รับทราบถึงการยุดิ สัมพันธภาพตั้งแต่วัยแรกและได้รับการเตือนเป็นระยะๆว่า เหลือเวลาอีกประมาณกี่วัน กี่สัปดาห์ ที่จะยุดิสัมพันธภาพ โดยมากนิยม บอก ๑-๒ สัปดาห์ ก่อนยุดิสัมพันธภาพเพื่อดู ปฏิกิริยาโต้ตอบอย่างไรจะได้ให้การช่วยเหลือทันทั่วทั้งที่ ซึ่ง การสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นการช่วยให้ผู้เรียนรู้ว่าสัมพันธภาพ กับทุกคนจะต้องมีการยุติลงในวันใดวันหนึ่งเป็นการให้ความ จริงที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ

บทที่ ๔ กรณีศึกษา

๑. ข้อมูลประวัติและอาการ

ข้อมูลส่วนบุคคล (identifying data) (แหล่งที่มาของข้อมูล: ผู้ป่วย การสังเกตผู้ป่วย
คำบอกเล่าของญาติ และศึกษาเวชระเบียน)

ชื่อ นาย ธ อายุ ๑๗ ปี เพศ ชาย สถานภาพสมรส โสด
อาชีพ เกษตรกรรม เชื้อชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

สภาพผู้ป่วย ผู้ป่วยชายผิวค่อนข้างคล้ำ รูปร่างสูงท้วม หน้าตาสมวัย ผอมสั่น แต่งกาย ด้วยเสื้อผ้า
โรงพยาบาล สะอาดดี

วันที่รับผู้ป่วยไว้ดูแล ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

การวินิจฉัย:

Cannabis Dependence Induced Psychosis with SMI-V

๒. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief complaint)

เสพกัญชา พุดจาสืบสน โวยวาย ๓ วันก่อนมาโรงพยาบาล

๓. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (History of Present Illness)

๒ ปีก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มเสพกัญชา เพราะเพื่อนชวน เสพวันละ ๑-๒ เขียง โดยใช้บ้องเสพร่วมกันกับเพื่อน ๒-๓ คน เสพทุกวัน ตั้งแต่เช้าจนถึงเย็น ที่บ้านของเพื่อน ในเวลาที่พ่อและปู่ไปทำงาน เสพแล้วทำให้อารมณ์ดี มีความสุข คลายเครียด สนุกสนาน

๑ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล: เสพกัญชามากขึ้น เริ่มมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนคุยกัน หวาดระแวง กลัวคนจะมาฆ่า ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน

๓ วันก่อนมา เสพกัญชา ปริมาณ ๕-๖ หลุม/วัน ร่วมกับ ดื่มสุราขาว และ น้ำต้มใบกระท่อม มีพฤติกรรมซบถรอบหมู่บ้าน พุดคนเดียว โวยวาย สลับกับร้องไห้ ถือไม้แกว่งไปมาขณะซบถรอบหมู่บ้าน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน นอนพักรักษาตัวที่ รพ.สีชมพู ตั้งแต่วันที่ ๑๙-๒๑ ก.พ.๒๕๖๗ แล้วประสานส่งมารักษาต่อที่ รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล: ผู้ป่วยอาการไม่สงบ กลางคืนนอนไม่หลับ เดินไปมาสืบสน อารมณ์แปรปรวน ได้รับยา Diazepam ๑๐ iv จำนวน และ Haldol ๕ mg im เพื่อสงบอาการ ก่อนส่งตัวมา ได้รับ Diazepam ๑๐ iv จำนวน ๓ doses และ Haldol ๕ mg im ๑ dose refer มา รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น

บุคลิกภาพก่อนป่วย (premorbid personality)

ไม่ค่อยพูด ชอบอยู่คนเดียว ไม่ค่อยมีเพื่อน

ความเครียดที่กระตุ้น (precipitating factors)

เครียด แฟนบอกเลิก

๔. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (History of Past Illness)

๔.๑ ประวัติทางจิตเวชในอดีต

ปฏิเสธโรคทางจิตเวช

๔.๒ ประวัติความเจ็บป่วยทางกาย

ปฏิเสธโรคประจำตัว

ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร

ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ/หกล้ม/ผ่าตัด

๕. ประวัติส่วนบุคคล (personal history)

๕.๑ ประวัติส่วนบุคคลระยะก่อนคลอดและระยะคลอด

ผู้ป่วยไม่สามารถบอกถึงระยะก่อนคลอดและระยะคลอดได้ และได้บอกว่า บิดามารดาไม่เคยเล่าให้ฟังเลยไม่ทราบ (บิดามารดาหย่าร้าง ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๑๔ ปี มารดา/บิดามีครอบครัวใหม่)

๕.๒ ประวัติส่วนบุคคลระยะเด็กเล็ก (ตั้งแต่คลอดจนถึงอายุ ๓ ขวบ)

ตอนเด็กเล็กอาศัยอยู่กับบิดามารดา หลังจากบิดามารดาหย่าร้างกัน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดาปู่และย่า แต่ส่วนใหญ่อยู่กับย่าเป็นคนเลี้ยงดู เพราะบิดากับมารดามีครอบครัวใหม่ ผู้ป่วยไม่มีพี่น้อง

๕.๓ ประวัติส่วนบุคคลระยะเด็กตอนกลาง (อายุ ๓ - ๑๑ ปี)

ตอนประถมเรียนโรงเรียนใกล้บ้าน ผลการเรียนปานกลาง ไม่เคยเรียนซ้ำชั้น บิดาเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในบ้าน ผู้ป่วยบอกว่าบิดาไม่ค่อยพูด 去ทำงานกลับมาก็ดื่มเหล้าทุกวัน กลับจากโรงเรียนก็มาช่วยทำงานบ้านบ้าง

๕.๔ ประวัติส่วนบุคคลระยะเด็กโต (ตั้งแต่วัย puberty จนถึงปัจจุบัน)

ผู้ป่วยเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ จากโรงเรียนใกล้บ้าน สามารถอ่านเขียนหนังสือได้ เมื่อเรียนจบจึงออกมาช่วยที่บ้านทำงาน อาชีพเกษตรกรกรรม ไม่ค่อยมีเพื่อนสนิท ผู้ป่วยบอกว่าตอนเรียนชั้นประถมเคยมีเพื่อนสนิทแต่เมื่อโตขึ้นทุกคนต่างคนต่างไปทำงานไม่ค่อยได้เจอกันจึงไม่มีเพื่อนสนิท ปัจจุบันผู้ป่วยบอกว่าไม่มีเพื่อน คือ ถ้าอยากไปกับใครก็ได้

๕.๕ ประวัติส่วนบุคคลระยะผู้ใหญ่

อายุ ๑๔ ปี : บิดามารดาเลิกกัน ให้ผู้ป่วยมาอาศัยอยู่กับปู่และย่า บิดาและมารดามีครอบครัวใหม่ ผู้ป่วยเริ่มคบเพื่อนที่ใช้สารเสพติด เที่ยวกลางคืน

อายุ ๑๕ ปี : ผู้ป่วยเริ่มคบเพื่อนที่ใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยเริ่มเสพยาเนื่องจากเพื่อนชวน และให้ลองเสพ และเริ่มมีแฟน

อายุ ๑๖ ปี : ทดลองเสพยาบ้า ร่วมกับเสพยา ๒-๓ ครั้งละ ๒-๓ หนวด เริ่มมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง หงุดหงิดโมโหง่าย

อายุ ๑๗ ปี : เสพยาทุกวัน วันละ ๔-๕ หนวด เพราะทำให้อารมณ์ดี เสพครั้งสุดท้ายประมาณ ๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปริมาณ ๕ หนวด ร่วมกับดื่มน้ำกระท่อมครั้งละ ๕๐๐-๑๐๐๐ มล. และดื่มสุราขาวปริมาณ ๑-๒ กิโลกรัมทุกวัน ๓ วันก่อน แพนพยายามบอกเลิก เครียด จึงใช้สารเสพติดมากขึ้น เริ่มมีอาการหูแว่ว หวาดระแวงกลัวคนจะมาฆ่า อารมณ์แปรปรวน หัวเราะสลับร้องไห้ เอะอะโวยวาย ถือไม้แหว่งไปมาขณะขับรถรอบหมู่บ้าน

๕.๖ ประวัติการบำบัดรักษายาเสพติด

เคยเข้ารับการบำบัดรักษาโรคติดยาบ้าและกัญชา และมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน ที่โรงพยาบาลสีชมพู เมื่อปีพ.ศ. ๒๕๖๖ หลังจากจำหน่าย ผู้ป่วยมารับยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ไปตรวจตามนัด

๕.๗ ประวัติการกระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

ผู้ป่วยไม่เคยถูกดำเนินคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

๕.๘ ประวัติการต้องคดี

ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเกี่ยวข้องกับคดีต่างๆ หรือคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

๖. ประวัติครอบครัว

ความเจ็บป่วยทางกายในครอบครัว: ปฏิเสธความเจ็บป่วยทางพันธุกรรม

การใช้สารเสพติดในครอบครัว: บิดา ดื่มสุรา

ความเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว: ผู้ป่วยปฏิเสธความเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว:

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับ บิดาปู่ และย่า (บิดามารดาหย่าร้าง ตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๑๔ ปี ไม่ได้ติดต่อกับมารดา) บิดาอายุ ๔๗ ปี ปู่ อายุ ๖๘ ปี และย่า อายุ ๖๗ ปี ผู้ป่วยเป็นลูกคนเดียวไม่มีพี่น้อง ครอบครัวมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้านกับปู่และย่า เนื่องจากบิดาไปทำงาน และบางครั้งบิดาไปอยู่กับภรรยาใหม่

ผู้ป่วยเป็นคนเงียบๆ ไม่ค่อยพูด เวลามีปัญหาจะมีปัญหามักจะเก็บไว้คนเดียว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และปู่กับย่าดี โดยปู่กับย่าจะคอยช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบิดาค่อนข้างห่างเหิน เนื่องจากบิดาเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจในบ้าน แต่บิดาเป็นคนไม่ค่อยพูด ไปทำงานกลับมาก็ดื่มสุราทุกวัน และส่วนใหญ่อีกจะไปอยู่กับภรรยาใหม่ แต่ไม่มีความขัดแย้งกันในครอบครัว

แหล่ง/บุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ (Social support) : ปู่ ย่า บิดา

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ ๒๑ ก.พ. ๒๕๖๗ ที่ตึกบำบัดยาเสพติดกึ่งวิกฤติชาย ๔ ก วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ๓๐ มี.ค. ๒๕๖๗ รวมระยะเวลาการเข้ารับการบำบัดรักษา ๓๘ วัน (ระยะถอนพิษยาจำนวน ๑๑ วัน และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน ๒๗ วัน)

๑) อาการของผู้ป่วยขณะแรกได้รับการรักษา

สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๕๗/๘๗ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๙๓ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๗๐ เซนติเมตร BMI ๓๒.๑๘ (อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน)

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๑๗ ปี วัยรุ่นตอนปลาย ผิวคล้ำ รูปร่างท้วม แต่งกายชุดโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ามาในตึกโดยเปลนอน อาการสงบ นอนหลับ ปลุกตื่นง่าย ถามตอบไม่ตรงคำถาม

หลังจากผู้ป่วยตื่นมา มีอาการอยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา ก้าวร้าวหวาดระแวง สอบถามให้ติดต่อญาติเพื่อให้มารับกลับบ้าน หงุดหงิด โมโห เมื่อไม่ได้รับการติดต่อญาติ

๒) พฤติกรรมขณะบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

หลังจากอาการกำเริบหวัดระแวงสงบลง ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อย้ายเข้าสู่ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน เป็นเวลา ๒๗ วัน ในระยะแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีอาการง่วงนอนช่วงกลางวันมาก ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม แต่หลังจากแพทย์ปรับยาและผู้ป่วยเริ่มปรับตัวได้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดได้ และมีการเรียนรู้ที่ดี มีปฏิสัมพันธ์กับผู้บำบัดดี

๗. การประเมินสภาพทางด้านร่างกาย (Biophysical assessment)

- Head/Neck** : สมมาตรกันดี ไม่มีบาดแผลที่ศีรษะ ศีรษะเท่ากันทั้งสองด้าน คลำไม่พบก้อนหรือบวมโน ไม่เคยได้รับการผ่าตัดสมองผมเส้นสีดำ ไม่หยักศก ไม่พบโรคของหนังศีรษะ ลำคอสมมาตรกันดี ไม่มีคอเอียง คลำไม่พบก้อนที่คอ
- ENT** : ใบหน้าสมมาตรกัน ไม่พบบาดแผล หูเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่เป็นหูน้ำหนวก ไม่พบก้อนที่ใบหู การได้ยินปกติตาทั้งสองข้างเท่ากัน conjunctiva ไม่ซีด ไม่พบโรคตาแดง ไม่พบโรคต่อกระจก การมองเห็นชัดทั้งในระยะใกล้และระยะไกล จมูกได้รูป ไม่มีความผิดปกติ การดมกลิ่นปกติ
- Chest** : หน้าอกสมมาตรกัน คลำไม่พบก้อน ฟังเสียงปอดปกติหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหายใจหอบ
เหนื่อย อัตราการหายใจ ๑๘-๒๐ ครั้ง/นาที
- Abdomen/Genitalia** : คลำไม่พบก้อน ไม่พบรอยแดง ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร การขับถ่ายปกติ ขับถ่ายวันละ ๑-๒ ครั้ง ไม่มีท้องผูก
- Skin** : สีผิวดำแดง ลักษณะผิวแห้ง ไม่พบโรคผิวหนัง ไม่มีรอยฟกช้ำตามร่างกายหรือรอยผ่าตัด
- CNS** : Reflexes: ตื่นดี รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชัก ไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า ไม่มีมือสั่นหรือการกระตุกของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวปกติ
- Gait** : การเดินและการทรงตัวปกติ ไม่เดินเซ ไม่เดินชอยเท้า
- Coordination** : ไม่พบความผิดปกติ
- Parkinsonian symptoms**: ไม่พบความผิดปกติ
- Rigidity** : ไม่พบความผิดปกติ
- Arm swing** : ไม่พบความผิดปกติ
- Facial immobility**: ไม่พบความผิดปกติ
- Tremor** : ไม่พบความผิดปกติ
- Akathisia** : ไม่พบความผิดปกติ
- Other** : ไม่พบความผิดปกติ

สรุปผลการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีผิวคล้ำ รูปร่างท้วม ผิวหนังและร่างกายสะอาดดี สัญญาณชีพปกติ การเคลื่อนไหวปกติ ไม่พบความพิการใดๆ

๘. การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการในเรื้อรังยาเสพติดแต่ไม่ต้องการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ว่าการใช้สารเสพติดไม่ได้ทำให้ตนเองป่วยมีอาการทางจิต มีอาการหิวแหว่ ภาพหลอน หวาดระแวง

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

รับประทานอาหารวันละ ๒-๓ มื้อ รับประทานอาหารได้ตามที่โภชนาการจัดให้ ดื่มน้ำเปล่าวันละประมาณ ๑-๒ ลิตร (BMI=๒๘.๗๑)

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย

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

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ระยะแรกมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอนเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ออกกำลังกายและไม่เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากอาการถอนพิษยาเสพติด มีหิวแหว่ หวาดระแวง หงุดหงิด ก้าวร้าว และได้รับยา Sedative drug เมื่ออาการดีขึ้นสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ กระตุ้นให้รวมกลุ่มออกกำลังกายได้

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

ขณะบำบัดรักษาช่วงแรกนอนไม่หลับเดินไปมา หลังจากปรับแผนการรักษา ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับประทานยาจากโรงพยาบาล หลับได้ตั้งแต่เวลา ๒๐.๐๐น. ตื่นนอนเวลา ๐๕.๐๐น. รวมนอนวันละ ๙ ชั่วโมง

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาและ การรับรู้

- การรับรู้และประสาทสัมผัส: ขณะบำบัดรักษา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีหิวแหว่ พูดคนเดียว
- ความสามารถทางสติปัญญา: ผู้ป่วยมีความจำปกติ ผู้ป่วยสามารถเล่าประวัติตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันได้
- ความสามารถในการแก้ไขปัญหา: เมื่อพูดคุยโทรศัพท์กับพ่อและปู่ ต้องการให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลระยะยาว แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ จะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หงุดหงิด

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

- ความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจตนเอง: ผู้ป่วยรู้ว่าตนเอง เสพกัญชาต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะพ่อ ปู่ต้องการให้เลิกกัญชา วันแรกที่ไปโรงพยาบาลจำได้ว่ามีอาการคลุ้มคลั่งเอะอะโวยวายเสียงดัง ร้องไห้ เพราะอยากกลับบ้าน
- ภาพลักษณ์ต่อตนเอง: ผู้ป่วยรู้สึกพอใจในรูปร่างของตัวเอง

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

ช่วงแรกผู้ป่วยแยกตัว มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีอาการหงุดหงิด อาละวาด ก้าวร้าวไม่ไว้วางใจ หวาดระแวง เมื่ออาการทางจิต หุเลาลง เริ่มเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มประชุม เข้าได้ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้น พ่อ ปู่อยากให้ผู้ป่วยนอนรักษาโรงพยาบาลระยะยาว แต่ผู้ป่วย

ปฏิเสธ หงุดหงิดส่งเสียงดังขณะพูดคุยโทรศัพท์ ทำให้มีปัญหาการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ภายในครอบครัว

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์

ไม่มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ มีสมรรถนะทางเพศและความต้องการทางเพศปกติ มีการแสดงออก ที่เหมาะสมกับเพศ

แบบแผนที่ ๑๐ ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด

- การเผชิญต่อปัญหาและความเครียด: ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ มีหงุดหงิด ก้าวร้าว
- การแก้ไขปัญหาและความเครียด: เวลามีปัญหา จะเสพกัญชา เพื่อช่วยให้คลายเครียด
- ความสามารถในการปรับตัว: ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้เมื่อมีปัญหาหรือความเครียด จะเสพกัญชา

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ

นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องการทำบุญทำให้สบายใจขึ้น ชีวิตจะดีขึ้น มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คือ ครอบครัว

สรุปแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ: ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดกัญชาและป่วยมีอาการทางจิต และไม่รับประทายยาต่อเนื่อง

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้: ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีหูแว่ว พูดคนเดียว ผู้ป่วยหงุดหงิด โมโห จะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์: ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณใช้กัญชา ยาบ้า กระทั่งมีอาการทางจิต

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ: มีปัญหาการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ภายในครอบครัว

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญความเครียด: ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการปัญหาและเผชิญกับความเครียดได้ จะใช้ยาเสพติดในการช่วยแก้ปัญหา

๙. การตรวจสภาพจิต (Mental status examination) (๑ เดือนมีนาคม ๒๕๖๗)

๑) ลักษณะทั่วไป (General appearance): ผู้ป่วยชายไทย วัยรุ่นตอนต้น ลักษณะทั่วไป รูปร่างท้วม ผิวคล้ำ ผอมสั่น แต่งกายสะอาด สีหน้าท่าทางวิตกกังวล มองซ้ายมองขวาบ่อยครั้ง

๒) การพูดและกระแสการพูด (Speech and Stream of talk): พูดภาษากลาง สลับกับภาษาอีสาน น้ำเสียงที่พูดไม่ดังหรือเบาจนเกินไป พูดตอบสนองได้ดี คอยโต้ตอบรู้เรื่อง

๓) อารมณ์และการแสดงออก (Mood and Affect): สีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเครียดเรื่องแฟน และการรักษาตัวในโรงพยาบาล ขณะสนทนา ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ปกติ (euphoria) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยเหมาะสมกับเรื่องที่คุย (appropriate affect)

๔) ความคิด (Thinking Process): ผู้ป่วยพูดคุยโต้ตอบตรงคำถาม เนื้อหาความคิดเชื่อมโยงต่อเนื่อง สัมพันธ์กันดี ไม่มีอาการหลงผิด

๕) การรับรู้ (Perception) : ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย มีเสียงคนหลายคนคุยกัน บอกไม่ได้ว่าเป็นเสียงอะไร ปฏิเสธอาการกลัว

๖) การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) : ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าวันนี้เป็นวันอังคาร ที่ ๑ เดือนมีนาคม ๒๕๖๗ บอกได้ว่าเป็นเวลากลางวัน บอกสถานที่อยู่ขณะบำบัดรักษาไม่ถูกต้อง “โรงพยาบาลขอนแก่น” สามารถบอกได้ว่าคนที่ใส่ชุดสีขาวคือพยาบาล

๗) ความสนใจและสมาธิ (Attention and Concentration) : ให้ผู้ป่วยนำเลข ๗ มาลบออกจากเลข ๑๐๐ ไปเรื่อย ๆ ไม่สามารถลบเลขจาก ๑๐๐-๗ ได้: ผู้ป่วยตอบว่า $100 - 7 = 90, 90 - 7 = 83, 83 - 7 = 76$

๘) ความจำ (Memory): ผู้ป่วยสามารถบอกความจำในอดีต คือวัน เดือน ปีเกิดของตนเอง บ้านเลขที่ ชื่อบิดา มารดา ได้ตรงตามประวัติ สามารถบอกความจำในปัจจุบันได้ว่าตนเองรับประทานอาหารเช้า คือข้าวต้ม ความจำเฉพาะหน้า ให้จำของ ๓ สิ่ง คือ ต้นไม้ แก้วน้ำ รถไฟ ผู้ป่วยสามารถบอกคำได้สองคำได้ถูกต้อง คือ ต้นไม้ ดินสอ

๙) ความคิดแบบนามธรรม: สอบถามความแตกต่าง กลางวันกับกลางคืนแตกต่างกันอย่างไร ตอบว่ากลางวันมีแดดและกลางวันสว่าง เด็กกับคนแคระแตกต่างกันอย่างไร ตอบว่าคนแคระอายุมากแต่ตัวเล็ก ส่วนเด็กอายุน้อย โตตามวัย สอบถามความเหมือน แมวกับหนูเหมือนกันอย่างไร ตอบว่าสัตว์ทั้งสองอย่างมี ๔ ขา เหมือนกัน, สัมกับกล้วยเหมือนกันอย่างไร ตอบว่าเป็นผลไม้กินได้เหมือนกัน ทะเลกับแม่น้ำเหมือนกันอย่างไร ตอบว่ามีน้ำและลงไปเล่นน้ำได้เหมือนกัน

๑๐) ความรู้ทั่วไป : สอบถามว่าธงชาติไทยมีกี่สี ตอบว่า ๓ สี คือ ขาว น้ำเงิน แดง วันสงกรานต์ของไทยตรงกับวันที่เท่าไร ตอบว่า วันที่ ๑๓ เมษายน

๑๑) การรู้จักตนเอง (Insight) ทราบว่าตัวเองป่วย มีอาการเครียด เอะอะไว้วาย ต้องรับประทานยา และอยู่โรงพยาบาลอาการถึงจะดีขึ้น และการติดยาเสพติดทำให้ครอบครัวไม่ยอมรับและเป็นปัญหาและภาระครอบครัว อยากเลิกให้ได้เพื่อครอบครัว

๑๒) การตัดสินใจ (Judgment) สอบถามโดยการสมมติเหตุการณ์ว่าหากพบซองจดหมายเขียนชื่อที่อยู่และติดแสตมป์เรียบร้อยแล้วอยู่ผู้ป่วยจะอย่างไร ตอบว่าไม่ทำอะไรวางที่เดิม สอบถามผู้ป่วยพบเห็นไฟไหม้ในโรงหนังเป็นคนแรกจะอย่างไร ตอบว่ารีบวิ่งหนี สอบถามผู้ป่วยหากถือคูปองกลับบ้านแล้วลืมกุญแจไว้ในบ้านจะอย่างไร ตอบว่าจะพังประตูบ้าน ซึ่งคำตอบเป็นการตัดสินใจไม่เหมาะสม

สรุป Intellectual Insight ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง ยอมรับว่าตนเองติดยาเสพติดต้องได้รับการรักษา

วิธีการปรับตัวความเครียด/ทักษะในการเผชิญปัญหาและ การใช้กลไกป้องกันทางจิต (การแก้ไขปัญหาก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ของผู้ป่วยเมื่อมีความเครียด)

มีการแก้ปัญหโดย ถ้าเครียดก็จะเก็บไว้คนเดียว ไม่รู้จะบอกใคร

การใช้กลไกป้องกันทางจิตแบบ

Repression: เก็บกด มีปัญหาอะไรส่วนใหญ่มักจะเก็บไว้คนเดียว ไม่ค่อยคุยปรึกษาใคร

Avoidant: มีการหนีปัญหา โดยการไปดื่มสุรา และใช้ยาเสพติดเพื่อให้ลืมเรื่องต่างๆ

ก. การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ(การกิน การนอน การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย)

รับประทานอาหารได้ มีนอนไม่หลับ หลับยาก ถ้าไม่ได้ดื่มเหล้า แต่ช่วงที่อยู่โรงพยาบาลนอนหลับได้ไม่มีตื่นกลางดึก ไม่มีฝันร้าย ขับถ่ายปกติ ไม่ถ่ายเหลว/มูกเลือด

ข. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคในปัจจุบันของผู้ป่วย (เกี่ยวกับโรค การรักษา และแนวทางการปฏิบัติตัว)

บอกว่าตนเองมารักษาเพราะมีอาการเครียด หงุดหงิด และคิดว่าการรับประทานยาจะช่วยให้อาการดีขึ้น

ค. ลักษณะนิสัยส่วนตัว

เจียบๆไม่ค่อยพูด

ง. ประเด็นสำคัญที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย(Self-esteem, Role loss, Financial concerns, Vocational concerns, Chang in social, Chang in marital relationship)

ช่วงที่รู้สึกเบื่อมากๆ บางวัน ไม่สามารถช่วยทำงานได้เหมือนเดิมส่วนใหญ่จะนอน

จ. ความเชื่อและพิธีกรรมต่างๆ (ความเชื่อทางศาสนา, ลัทธิ, การปฏิบัติ, หรือแหล่งที่ส่งเสริมความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลก

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ไปวัดทำบุญ ทางครอบครัวมีความเชื่อทางไสยศาสตร์กินน้ำมันตปัดเป่า อาการจะดีขึ้น

ฉ. ประเพณีและวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพ (ค่านิยม, การดำเนินชีวิต, การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการรักษา, ความหมายของการเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลต่อผู้ป่วย)

เวลาเจ็บป่วยก็จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ความสามารถในการดูแลตนเอง/ การดำเนินชีวิตประจำวัน (ข้อจำกัด, ความพิการ, ความพร้อมและความสามารถในการดูแลตนเอง

สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆได้

การวิเคราะห์ปัญหาด้านจิตสังคม และการวางแผนช่วยเหลือ

จุดแข็ง/จุดอ่อน :

จุดแข็งคือ วัยรุ่น มีแรง มีความสามารถในการทำงาน

จุดอ่อนคือ มีความขัดแย้งกับบิดา ป่วย่า เรื่องวัย และเรื่องทัศนคติไม่ตรงกัน

ช. ระดับความเครียดก่อนป่วย

ผู้ป่วยบอกว่าปกติเป็นคนไม่ค่อยพูด อยู่คนเดียว ไม่ค่อยมีเพื่อนมาก ถ้ามีปัญหาหรือมีเรื่องที่ไม่สบายใจ ก็จะเก็บไว้เอง จะไปดื่มสุรา และเสพยากับเพื่อนกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดด้วยกัน

สภาพแวดล้อม/ ความต้องการการดูแล:

คนในครอบครัวไม่มีความเข้าใจในความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากครอบครัว

คนในครอบครัวมีการดื่มสุรา (บิดา)

คนในชุมชน ต้องมีความเข้าใจในความเจ็บป่วย ยอมรับผู้ป่วย ให้กำลังใจ และสนับสนุนในด้านต่างๆ

ความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว:

ผู้ป่วยต้องการหาย สามารถกลับบ้านไปทำงานและดูแลตัวเองได้

เป้าหมายของผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วย, การรักษา/ยาที่ควรได้รับต่อเนื่อง, การดูแลที่ควรได้รับต่อเนื่องหลังจำหน่าย, ความสามารถในการจัดการกับอาการ (Symptom management)

- ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา และการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

- ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค ยาที่รับประทาน มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

-ญาติมีความรู้ มีความเข้าใจผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ให้

คำปรึกษา แก่ผู้ป่วย

- ครอบครัวมีการสื่อสารกันอย่างเหมาะสม ช่วยเหลือในการแก้ปัญหา และยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

- ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และรับยาอย่างสม่ำเสมอ หรืออาจจะรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านได้

- ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และรับยาอย่างสม่ำเสมอ

๑๐. การประเมินโดยสหวิชาชีพอื่นๆ

๑๐.๑ ผลการทดสอบทางจิตวิทยา (๑ มีนาคม ๒๕๖๗)

แบบทดสอบที่ใช้ ๑. Standard Progressive Matrices (SPM)

๒. House Tree Person Test (HTP)

๓. Rorschach Inkblot test

ลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมของผู้รับการทดสอบ

ผู้รับการทดสอบผู้ป่วยชายไทย รูปร่างท้วม ผิวคล้ำ สีหน้าเรียบเฉย ไม่ค่อยสดชื่นพูดคุ้ยไม่สบตา แต่งกายสะอาด สวมชุดผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ขณะทำการทดสอบดูไม่ค่อยมีสมาธิจดจ่อ เข้าใจคำสั่งและสื่อสารได้ ผู้รับการทดสอบให้ความร่วมมือในการทดสอบพอควร ขณะทำแบบทดสอบมักหันไปมองนอกหน้าต่าง แต่สามารถทำแบบทดสอบจนเสร็จกระบวนการทดสอบ

ผลการประเมิน

จากการประเมินด้วยแบบทดสอบ Standard Progressive Matrices ฉบับ Parallel พบว่า ผู้รับการทดสอบสามารถทำคะแนน IQ ได้ ๑๐๕ คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนสะท้อนถึงการใช้ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาในระดับ Average ซึ่งเป็นระดับเกณฑ์เฉลี่ย สะท้อนความสามารถในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้

จากการทดสอบด้วยแบบทดสอบ House Tree Person Test พบว่า ผู้รับการทดสอบมีข้อบ่งชี้ถึง Sign ของ Psychotic คือมีแนวโน้ม Paranoid Thought และมีความวิตกกังวลในหลายเรื่อง ย้ำคิดย้ำทำ

และมีความรู้สึกที่ไม่มั่นคง เนื่องจากมีความรู้สึกที่ถูกกดดันจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ส่งผลให้มีการปรับตัวทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม โดยจะแสดงออกมาแบบยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าวทั้งทางคำพูดและการกระทำ รวมทั้งเล็งในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หลีกหนี เก็บตัว และเพื่อฝันมากกว่าการแสดงออกเป็นการกระทำอย่างตรงไปตรงมาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา

จากการทดสอบด้วยแบบทดสอบ Rorschach Inkblot test พบว่า ผู้รับการทดสอบมีความสามารถในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ได้ไม่ตึงเครียด มีความยากลำบากในการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง หุนหันพลันแล่น ไม่ไว้วางใจ ไม่ยอมรับบุคคลอื่น นอกจากนี้พบพฤติกรรมที่ต่ำกว่าวัย จึงมักเสี่ยงและมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคนรอบข้าง และอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเมื่อต้องเผชิญกับความกดดัน

สรุปผลการทดสอบ

จากการสัมภาษณ์และทดสอบทางจิตวิทยา ในขณะทำการทดสอบ พบว่า ผู้รับการทดสอบมีข้อบ่งชี้ถึง Sign ของ Psychotic คือมีแนวโน้มของ Paranoid Thought ส่วนคะแนนความสามารถทางเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย ผู้รับการทดสอบมีการใช้ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาในการจัดการสถานการณ์ต่างๆ ได้ไม่ตึงเครียด มีความยากลำบากในการจัดการอารมณ์ความรู้สึก เนื่องจากมีความรู้สึกสิ่งแวดล้อมรอบตัวเต็มไปด้วยความกดดัน จึงปฏิเสธและยอมรับค่านิยมภายในบ้าน โดยจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว

๑๐.๒ การประเมินทางสังคม

ข้อมูลด้านสังคม/ การประเมินข้อวินิจฉัยปัญหาทางสังคม

พบปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัวจากการใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยใช้ยาเสพติด หงุดหงิดโมโหง่าย ทำลายสิ่งของในบ้าน

การวางแผนการช่วยเหลือ

ระยะสั้น: บำบัดรักษายาเสพติด เน้นผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดและความรุนแรงในครอบครัว

ระยะยาว: การดูแลต่อเนื่อง และเฝ้าระวังความรุนแรงจากการใช้ยาเสพติดในครอบครัว การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๑. การเสริมพลังอำนาจ: การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางสังคมของผู้ป่วย

๒. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม: การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมรายบุคคล จัดทำกลุ่มฝึกทักษะทางสังคม (Social skill) การสร้างสัมพันธภาพและการเสริมแรงจิตใจในการรักษารายบุคคล

๓. การจัดทรัพยากรทางสังคม: ประสาน/ ส่งต่อ ประสานโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ของผู้ป่วย เตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับสู่สังคม ชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง การติดตามผลการบำบัดรักษา ในระยะเวลา ๑ ปี

การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย

๑. การหลบหนี/ ปฏิเสธการรักษา: ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา เสี่ยงต่อการหลบหนี
๒. การเจ็บป่วยซ้ำ: เสี่ยงต่อการเสพยาเนื่องจากอยู่ในแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติด และคบเพื่อนใช้ยาเสพติด
๓. การมีปัญหาคบครัว : ความสัมพันธ์ไม่คงที่ จากปัญหาการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้ครอบครัวกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา
๔. การทำร้ายผู้อื่น: มีความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงในครอบครัวและคนอื่นจากการใช้ยาเสพติด
๕. การได้รับการเลี้ยงดู/ การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม: บิดาแยกทางกับมารดา ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับปู่ย่า บิดา
๖. การเกิดปัญหาสุขภาพ/ จิตเวช: มีอาการหูแว่ว และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
๗. แผนการจำหน่ายเบื้องต้น: เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เน้นทักษะป้องกันการกลับไปเสพยา และผลกระทบต่อบุคคลอื่น การให้ความรู้และการประเมินการก่อความรุนแรง และแหล่งสนับสนุนทางสังคม
๘. จุดแข็ง: แม้ว่าครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย แต่ครอบครัวให้การดูแล ช่วยเหลือในความเป็นอยู่ ไม่มีแนวโน้มในการละทิ้งผู้ป่วย
๙. จุดอ่อน: ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอารมณ์/ ความเครียดไม่เหมาะสม
๑๐. ปัญหาและความต้องการผู้ป่วย: เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเนื่องจาก อาศัยอยู่ในแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติด และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ

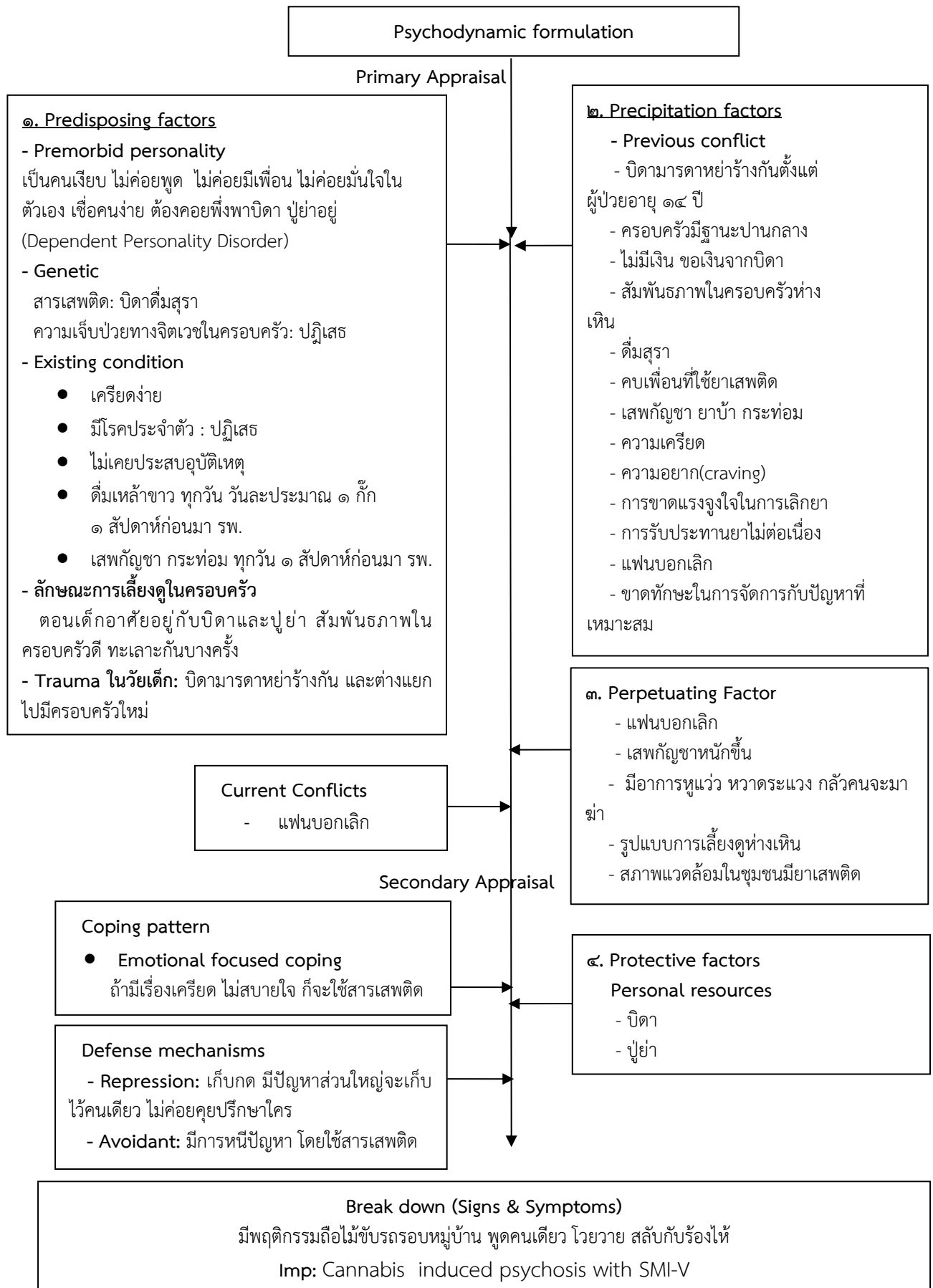
การประเมินครอบครัว

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดา และปู่ย่า บิดามารดาเลิกกัน ครอบครัวมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม ผู้ป่วยเป็นคนไม่ค่อยพูดทำให้ไม่ค่อยสนิทกับคนในครอบครัว มีปัญหาเรื่องทะเลาะกันบ่อยครั้ง เป็นเรื่องที่ผู้ป่วยคบเพื่อนใช้ยาเสพติด และใช้เงินสิ้นเปลือง ดื้อรั้น ตักเตือนไม่เชื่อฟัง ช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยอารมณ์ร้อน หงุดหงิด โมโหง่าย หากไม่ได้ตั้งใจ

การติดตามและการประเมินผล

แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ผิดปกติและนัดติดตามผลการรักษาอย่างน้อย ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี

๑๑. การวิเคราะห์จิตพลวัต (Psychodynamic formulation)



แผนภาพที่ ๓ แสดงการวิเคราะห์กลไกการเกิดปัญหาทางจิต (Psychodynamic formulation)

๑๒. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ ๓ แสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ผล	ค่าปกติ	การแปลผล
Urine for THC	Positive	Negative	พบสาร THC ในปัสสาวะ
Complete Blood Count			
RBC Count	๔.๒๙	M = ๔.๒-๖.๐, F = ๓.๘-๕.๒ x ๑๐ ^๖ cell/mm ^๓	ปกติ
WBC Count	๙.๕๐	๓.๕-๑๐ x ๑๐ ^๓ cell/mm ^๓	ปกติ
Hemoglobin	๑๒.๙	M = ๑๓-๑๗, F = ๑๑.๕-๑๕.๒ g/dL	ปกติ
MCV	๙๑.๐	M = ๗๖-๑๐๐, F = ๗๗-๑๐๐ fL	ปกติ
MCH	๓๐.๐	๒๖-๓๔ pg	
MCHC	๓๓.๑	M = ๓๒-๓๕, F = ๓๒-๓๕.๕ g/dL	ปกติ
Platelet Count	๑๙๖,๐๐๐	๑๕๐,๐๐๐-๔๐๐๐,๐๐๐ cell/mm ^๓	ปกติ
Eosinophil	๒	๐.๕-๗%	ปกติ
Basophil	๑	๐-๒%	ปกติ
Monocyte	๑๒	๔-๑๒%	ปกติ
Lymphocyte	๒๕	๑๕-๔๕%	ปกติ
Neutrophil	๕๔	๔๐-๗๓%	ปกติ
RDW-CV	๑๑.๗	๑๑.๐-๑๖.๐%	ปกติ
MPV	๘.๒	๗.๐-๑๓.๐ fL	ปกติ
PDW	๑๓.๕	๑๑-๒๒ fL	ปกติ
Hematocrit	๓๘.๘	M = ๓๙-๕๒, F = ๓๒-๔๖ %	ปกติ
Urine Analysis			
Urine Protein	Negative	Negative	ปกติ
Color Urine	Yellow	Yellow	ปกติ
Appearance	Clear	Clear	ปกติ
Urine pH	๖.๕	๖-๘	ปกติ
Urine Ketone	Negative	Negative	ปกติ
Urine Blood	Negative	Negative	ปกติ
Urine Bilirubin	Negative	Negative	ปกติ
Urine Nitrite	Negative	Negative	ปกติ
Urine Urobilinogen	Negative	Negative	ปกติ
Urine RBC	๐-๑	๐-๒ cell/HPF	ปกติ
Urine WBC	๓-๕	๐-๕ cell/HPF	ปกติ
Urine Epithelial cell	๑-๒	๐-๕ cell/HPF	ปกติ
Mucous	Negative	Negative	ปกติ

รายการ	ผล	ค่าปกติ	การแปลผล
Bacteria	Few	Few	ปกติ
Urine Leukocyte	+/-	Negative	ปกติ
Urine Glucose	Negative	Negative	ปกติ
Urine Specific gravity	๑.๐๑๕	๑.๐๐๕ - ๑.๐๓๐	ปกติ
Ascorbic acid	Negative	Negative	ปกติ

สรุปผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากการตรวจปัสสาวะ พบว่า

- พบสาร THC ในปัสสาวะ
- การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด พบว่า ปกติ

ผลการตรวจภาพรังสีทรวงอก

Chest X-ray PA Upright ผลการอ่านภาพรังสี พบว่า ปกติ

๑๓. แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

ตารางที่ ๔ แสดงแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

วันเดือนปี	Progress Note	Order for one day	Order for continuation
๒๑/๐๒/๒๕๖๗ ๑๗.๓๐ น.	- ไม่นิ่ง หงุดหงิด เดิน ไปมา ก้าวร้าว ตะโกน เสียงดัง OAS=๒	Admit ตึกบำบัดยาเสพติด ติดกึ่งวิกฤติชาย ๔ก - CBC c Plt - U/A - Urine THC - CXR - ATK--negative - Hadol ๕ mg IM stat at ๐๙.๐๐ น. - Valium ๑๐ mg IV stat at ๐๙.๐๓ น.	อาหารสามัญ Record V/S <u>Med</u> - Hadol ๕ mg im prn q ๓๐ min for aggressive - Valium ๑๐ mg iv prn q ๓๐ min for severe agitation - Risperidon (๒) ๑ tab ☉ pc เช้า + ๑ tab ☉ hs - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ OD pc - Diazepam (๒) ๑ tab ☉ bid.pc x ๕ days - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ hs
๒๒/๐๒/๒๕๖๗	- ไม่นิ่ง หงุดหงิด ตา ขวาง ทูบประตู่ห้อง OAS=๓ ค่ะแนนน restaint แล้วไม่สงบ	- Hadol ๕ mg im stat prn q ๓๐ min ,max ๓ dose/day	- Clozapine (๕๐) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs

วันเดือนปี	Progress Note	Order for one day	Order for continuation
		- Hadol ๕ mg im stat at ๘.๓๐, ๙.๐๐, ๙.๓๐ น. - Valium ๑๐ mg iv stat at ๑๐.๑๕ น.	
๒๓/๐๒/๒๕๖๗	- ไม้นิ่ง Aggressive OAS=๒ คะแนน	- Hadol ๕ mg im stat, prn q ๓๐ min , max๓ dose/day - Hadol ๕ mg im stat at ๑๐.๔๕ น.	- off Clozapine - Clozapine (๕๐) ๑ tab ☉ tid pc (เช้า-เที่ยง- หส) - off Diazepam (๒) - Diazepam (๕) ☉ bid pc - Trihexyphenidyl(๒) ๑ tab ☉ bid pc
๒๔/๐๒/๒๕๖๗	- หงุดหงิด เดินไปมา ก้าวร้าว ไม้นิ่ง จะกลับ บ้าน OAS=๒ คะแนน restraint แล้วไม่สงบ	- Hadol ๕ mg im stat prn q ๓๐ min ,max๓ dose/day - Hadol ๕ mg im stat at ๒๐.๒๐, ๒๐.๕๐, ๒๑.๒๐ น.	
๒๕/๐๒/๒๕๖๗	- หงุดหงิด รับประทานอาหาร กลับบ้าน OAS=๑ คะแนน	- Hadol ๕ mg im stat ๑๑.๕๕ น.	
๒๖/๐๒/๒๕๖๗	- Agitation ควบคุม ตัวเองไม่ได้ วิ่งออก นอกไปป้อมยาม OAS=๒ คะแนน	- Valium ๑๐ mg iv stat, prn max x ๓ dose/day - Valium ๑๐ mg iv stat at ๑๕.๑๐ น. - Valium ๑๐ mg iv stat at ๒๐.๑๕ น. - Valium ๑๐ mg iv stat at ๒๒.๑๕ น.	
๒๗/๐๒/๒๕๖๗	- PR >๑๒๐ ครั้ง/นาที - Agitation ไม่อยู่นิ่ง หงุดหงิด	- Valium ๑๐ mg iv stat at ๑๗.๑๕ น.	- Propanolol (๑๐) ๑xprn if HR > ๑๒๐ ครั้ง/นาที
๒๘/๐๒/๒๕๖๗	- Active psychosis (delusion) - poor impulse control	- CBC BUN Cr Electrolyte Ca Mg PO _๔ LFT TSH FT _๓ FT _๔	<u>Review Treatment</u> - Regular diet - Record V/S <u>Med</u>

วันเดือนปี	Progress Note	Order for one day	Order for continuation
	- PR >๑๐๐ ครั้ง/นาฬิก้า	- ๐.๙% NaCl ๑๐๐ ml iv drip ๑๐๐ cc/hr	- Risperidone (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs - Clozapine (๕๐) ๑ tab ☉ bid pc(ช-Hs) - Diazepam (๕) ๑ tab ☉ bid.pc - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs - Propanolol (๑๐) ๑x๒pc - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ hs - Valium ๑๐ mg im prn q ๑๕ min x ๓ dose
๒๙/๐๒/๒๕๖๗		-off Diazepam (๕) - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ bid.pc	
๐๑/๐๓/๒๕๖๗	- รบเร้าขอโทรหาญาติ จะกลับบ้าน หงุดหงิด OAS=๒ คะแนน	- Valium ๑๐ mg iv stat at ๙.๑๐ น.	- off Risperidone, Trihexyphenidyl เดิม - Risperidone (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs
๐๒/๐๓/๒๕๖๗			<u>Review Treatment</u> <u>Med</u> - Fulox(๒๐) ๑x๑pc เข้า - Risperidone (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs - Clozapine (๑๐๐) ๑ tab ☉ tid.pc-hs - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ - Propanolol (๑๐) ๑x๒pc - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ ช- tid.pc-hs - Valium ๑๐ mg im prn for agitate

วันเดือนปี	Progress Note	Order for one day	Order for continuation
๐๓/๐๓/๒๕๖๗	- ผู้ป่วยอาการสงบ OAS=๐ คะแนน ให้ความร่วมมือดี ผ่านเกณฑ์ประเมินการ เข้ารับการฟื้นฟู สมรรถภาพ		<u>Review Treatment</u> <u>Med</u> - Fulox(๒๐) ๑x๑pc เข้า - Risperidone (๒) ๒ tab ☉ pc เข้า + ๒ tab ☉ hs - Clozapine (๑๐๐) ๑ tab ☉ tid.pc-hs - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ tid.pc - Propanolol (๑๐) ๑x๒pc - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ tid.pc-hs - Valium ๑๐ mg im prn for agitate
๑๒/๐๓/๒๕๖๗	- บำบัดรักษาระยะ ฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอาการง่วงนอนช่วง กลางวัน		Review treatment <u>Med</u> - Depakine (๕๐๐) ๑ tab ☉ bid.pc - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ hs - Diazepam (๕) ๑ tab ☉ bid.pc - Risperidon (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ tid.pc - Clozapine (๕๐) ๑ tab ☉ tid pc - fulox (๒๐) ๑ tab ☉ pc เข้า
๓๐/๓/๒๕๖๗		D/C - F/U ๑ month - Depakine (๕๐๐) ๑ tab ☉ bid.pc - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ hs - Diazepam (๕) ๑ tab ☉ tid.pc	

วันเดือนปี	Progress Note	Order for one day	Order for continuation
		-Risperidon (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs -Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ tid.pc -Clozapine (๕๐) ๑ tab ☉ tid pc - fulox (๒๐) ๑ tab ☉ pc เข้า	

ยาที่ใช้กับผู้ป่วยรายนี้ ทั้งหมด ดังนี้

- Haloperidol ๕ mg im prn q ๓๐ min for aggressive
- Diazepam ๑๐ mg im prn q ๓๐ min for severe agitation
- Risperidon (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs
- Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ tid.pc
- Fluoxetine (๒๐) ๑ tab ☉ pc เข้า
- Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ hs
- Sodium valproate (๕๐๐) ๑ tab ☉ bid.pc
- Clozapine (๕๐) ๑ tab ☉ tid pc
- Propranolol (๑๐) ๑ tab ☉ prn for PR >๑๒๐ bpm

๑๔. การประเมินด้วยแบบประเมินต่าง ๆ และการตรวจพิเศษอื่นๆ (๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘)

ตารางที่ ๕ แสดงผลการประเมินด้วยแบบประเมินต่าง ๆ

ที่	การประเมิน/เครื่องมือ	ผลการประเมิน
๑	ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต	พบว่า ๒Q = ๒ แปลผล คือ มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ๙Q = ๗ แปลผลคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย เนื่องจากคะแนน มากกว่า ๗ คะแนน ต้องประเมินแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ๘Q ๘Q = ๐ แปลผลคือ ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย
๒	ประเมินระดับการติดนิโคตินด้วย Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)	พบว่า FTND= ๗ แปลผล คือ ติดสารนิโคตินระดับสูงมาก
๓	แบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้ยาสูบสุรา และสารเสพติดตัวอื่นๆ (ASSIST :	พบว่า ๓๗ คะแนน แปลผล คือ เป็นผู้ติด (Cannabinoid dependence)

ที่	การประเมิน/เครื่องมือ	ผลการประเมิน
	Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test)	
๔	ประเมินการคัดกรองเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V	พบว่า SMI-V๒ แผลผลคือ ผู้ป่วยมีประวัติ ชูทำร้ายญาติ มีพฤติกรรมขับรถรอบหมู่บ้าน ถือไม้แกว่งไปมา พูดคนเดียว โวยวายก้าวร้าว
๕	ประเมิน Stage of Change ใช้ MI กับ Readiness ruler scale แปลผล: ๑-๓ คะแนน อยู่ใน pre contemplation ๔-๖ อยู่ใน contemplation ๗-๑๐ อยู่ใน determination	พบว่า ครั้งที่ ๑ (วันที่ ๒ มีนาคม ๖๗) Readiness ruler scale ๑/๑๐ คะแนน แปลผล อยู่ในระยะ pre contemplation ครั้งที่ ๒ (วันที่ ๔ มีนาคม ๖๗) Readiness ruler scale ๔/๑๐ คะแนน แปลผล อยู่ในระยะ contemplation ครั้งที่ ๓ (วันที่ ๑๒ มีนาคม ๖๗) Readiness ruler scale ๖/๑๐ คะแนน แปลผล อยู่ในระยะ contemplation ครั้งที่ ๔ (วันที่ ๒๗ เมษายน ๖๗) Readiness ruler scale ๗/๑๐ คะแนน แปลผล อยู่ในระยะ determination

๑๕. การเปรียบเทียบทางทฤษฎีและกรณีศึกษา

ตารางที่ ๖ แสดงการเปรียบเทียบทางทฤษฎีและกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
๑.เกณฑ์การวินิจฉัยของการติดสารเสพติดใน DSM-V ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด หรือ Substance use disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V นั้น มีเกณฑ์ดังนี้รูปแบบของการใช้สารที่มีปัญหา ก่อให้เกิดความเสียหายหรือความทุกข์ พบว่ามีทั้งหมด ๑๑ อาการด้วยกัน เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา ๑๒ เดือน โดยผู้ที่มีจำนวนอาการ ๒-๓ อาการ จะถูกจัดว่ามีความผิดปกติในการใช้สารในระดับอ่อน หากมีจำนวน ๔ - ๕ อาการ จะจัดอยู่ในระดับปานกลาง และหากมีจำนวน ๖-๑๑ อาการ จัดได้ว่ามีความผิดปกติในการใช้สารอยู่ในขั้นรุนแรงการวินิจฉัยความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด จึงเป็นอาการทั้ง ๑๑ อาการดังต่อไปนี้ (ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด, ๒๕๖๒) ๑. มีการใช้สารนั้นจำนวนมากหรือเป็นระยะเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้	จากประวัติการใช้สารเสพติด ๒ ปีก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มเสพกัญชา เพราะเพื่อนชวน เสพวันละ ๑ - ๒ เขียง โดยใช้บ้องเสพร่วมกันกับเพื่อน ๒ - ๓ คน เสพทุกวัน ตั้งแต่เข้าจนถึงเย็น ที่บ้านของเพื่อน ในเวลาที่พ่อและปู่ไปทำงาน เสพแล้วทำให้อารมณ์ดีมีความสุข คลายเครียด สนุกสนาน ๑ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล : เสพกัญชา เริ่มมีอาการหิวแหว่ ได้ยินเสียงคนคุยกัน หวาดระแวง กลัวคนจะมาฆ่า ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ๑ สัปดาห์ก่อนมา เสพกัญชา ร่วมกับดื่มสุราขาว และ น้ำต้มใบกระท่อมทุกวัน

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
๒. มีความต้องการอย่างต่อเนื่องหรือความพยายามที่ไม่เคยสำเร็จในการที่จะลดหรือควบคุมการใช้สารนั้นๆ ๓. ใช้เวลาไปกับกิจกรรมต่างๆเพื่อให้ได้มาซึ่งสารนั้น เพื่อเสพสารหรือฟื้นตัวจากฤทธิ์ของสารนั้น ๔. มีความอยากความปรารถนาอย่างมาก หรือมีแรงกระตุ้นที่จะใช้สารนั้นๆ ๕. มีการใช้สารนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ส่งผลให้พบภาพาระหน้าที่ที่สำคัญที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือที่บ้าน ล้มเหลว ๖. ใช้สารอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีปัญหาต่างๆ ในด้านสังคมหรือปัญหาสัมพันธระหว่างบุคคลที่มีสาเหตุหรือทำให้แย่ลงไปจากสารนั้นๆอยู่อย่างต่อเนื่อง หรือซ้ำแล้วซ้ำอีก ๗. กิจกรรมสำคัญๆทางสังคมหน้าที่การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจต้องถูกละเลิกล้มหรือลดลงเนื่องมาจากการใช้สาร ๘. ใช้สารนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีกในสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย ๙. มีการใช้สารนั้นต่อไปเรื่อย ๆแม้จะทราบว่าการมีปัญหาทางกายและจิตใจอยู่อย่างต่อเนื่องหรือซ้ำๆเป็นมาจากสารนั้นๆ ๑๐. มีการดื้อยา (Tolerance) ตามข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ (a) มีความต้องการที่จะใช้สารนั้นเพิ่มขึ้นอย่างมาก เพื่อให้ได้ซึ่งผลหรืออาการที่ต้องการ (b) ผลของสารนั้นจะลดลงไปอย่างมาก เมื่อมีการใช้อย่างต่อเนื่องในจำนวนเท่าเดิม ๑๑. มีอาการขาดยา (withdrawal) ตามข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ (a) เกิดลักษณะของกลุ่มอาการขาดยา (b) มีการใช้สารนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการขาดยา สำหรับ ICD -๑๐ นั้น กำหนดไว้ว่าการใช้สารแบบอันตราย หรือ Harmful use หมายถึง การใช้สารแล้วทำให้เกิดผลทางสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจโดยไม่บรรเทาอาการเมาสาร และได้ให้เกณฑ์การวินิจฉัยการ	๓ วันก่อนมามีพฤติกรรมถือไม้แกว่งไปมาขณะขับรถรอบหมู่บ้าน พุดคนเดียว โวยวาย สลัดกับร้องไห้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล บาลใกล้บ้าน นอนพักรักษาตัวที่ รพ.สีชมพู ตั้งแต่วันที่ ๑๙ - ๒๑ ก.พ. ๒๕๖๗ แล้วประสานส่งมารักษาต่อที่ รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ติดสารเสพติดว่า จะต้องมีอาการ ๓ อาการ ใน ๖ อาการ และเกิดขึ้นภายใน ๑๒ เดือน (ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด, ๒๕๖๒) โดยอาการต่างๆ มีดังนี้ - มีความต้องการอยากสารอย่างรุนแรงหรือความรู้สึกว่าต้องใช้สารซ้ำๆ - ควบคุมการใช้สารของตนไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นการเริ่มใช้ การหยุดใช้ หรือคุมปริมาณที่ใช้ไม่ได้ - มีภาวะถอนสาร - มีภาวะดื้อสาร - ใช้เวลาอย่างมากไปกับการหา การใช้ หรือการสร้างจากฤทธิ์เมาของสาร - ยังคงใช้สารทั้งที่มีหลักฐานชัดเจนว่าการใช้สารนั้นส่งผลก่อให้เกิดอันตราย	
อาการโรคจิต (psychotic symptoms) เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคจิต ดังนี้ delusions: อาการหลงผิด ความคิดหรือความเชื่อที่ผิดๆ ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ผังแน่น ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยเหตุผล ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหวาดระแวงว่ามีคนปองร้ายตนเอง Hallucinations : อาการประสาทหลอน Disorganized speech: ผู้ป่วยมีการรับรู้โดยปราศจากสิ่งกระตุ้น ที่พบบ่อยได้แก่ อาการหูแว่ว อาการนี้จะต้องเด่นชัด (prominent) จึงจะมีน้ำหนักในการวินิจฉัย เช่น ได้ยินเสียงพูดเป็นเรื่องราว ได้ยินบ่อย Disorganized behavior: วลี ประโยค หรือหัวข้อการพูดที่ไม่ต่อเนื่องกันหรือไม่เกี่ยวข้องกัน ทำให้ฟังไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยพูดหรือต้องการสื่อเรื่องอะไร พฤติกรรมไม่อยู่กับร่องกับรอย อาจพบอาการรวนวาย เกณฑ์การวินิจฉัยโรค เป็นกลุ่มอาการโรคจิตที่เกิดขณะเสพหรือทันทีที่หยุดเสพสารเสพติดภายใน ๔๘ ชั่วโมง โดยมักมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (มักจะเป็นทางหูและเกิดกับประสาทสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด)จำผิด หลงผิดความคิดระแวง (เช่น คิดว่าจะถูกปองร้าย) การเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว(มากขึ้นหรือน้อยลง)อารมณ์ที่ไม่ปกติซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรงจนถึงภาวะ	ผู้ป่วยให้ประวัติมีอาการของประสาทหลอน คือ auditory hallucination ได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย มีเสียงคนหลายคนคุยกัน บอกไม่ได้ว่าเป็นเสียงอะไร ปฏิเสธอาการกลัว ทำให้หวาดระแวงกลัวมีคนมาทำร้าย มีพูดคนเดียว เพื่อบำรุงอาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีภาวะทางกาย จะมีอาการช่วงที่ใช้กัญชาพร้อมกับสุรา และดื่มน้ำกระท่อม

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
เพื่อ ความผิดปกตินี้จะทุเลาลงบางส่วนภายใน ๑ เดือน และหายปกติใน ๖ เดือน	
๓. การวินิจฉัยแยกโรคตาม ICD-๑๐ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ๑๐th Revision: ICD-๑๐) โรคจิตเภทมีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือ เฉยเมย โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญามักยังปกติอยู่ อย่างไรก็ตามการสูญเสียด้านการรู้คิด จะค่อยๆปรากฏขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ปรากฏการณ์ทางจิตพยาธิสภาพที่สำคัญที่สุด ได้แก่ความคิดแพร่กระจายการหลงผิดในการรับรู้ หลงผิดว่าถูกควบคุม หูแว่ว ได้ยินคนอื่นนินทาผู้ป่วยมีความคิดที่ผิดปกติ และมีอาการด้านลบ การดำเนินโรคของโรคจิตเภท อาจเป็นแบบ ต่อเนื่องหรือมีอาการเป็นพักๆแล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา หรือเป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ ไม่ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทถ้ามีความผิดปกติทางอารมณ์แบบอารมณ์เศร้ามากหรือ mania ยกเว้นทราบชัดเจนว่าอาการทางอารมณ์เกิดภายหลังอาการของโรคจิตเภท และจะไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทถ้ามีอาการทางสมองชัดเจนหรือเกิดจากภาวะเป็นพิษจากยาหรือภาวะถอนยาและต้องไม่เกิดจากโรคลมชักหรือโรคอื่นทางสมอง ระดับความรุนแรงของโรค แบบคัดกรอง ASSIST ช่วยให้ได้ข้อมูลจาก ผู้รับบริการเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา รวมทั้งการใช้สารเสพติดและปัญหา ที่เกี่ยวข้องในระยะ ๓ เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ ยังสามารถแสดงให้เห็นช่วงต่างๆ ของปัญหา ที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดได้แก่ อาการพิษ เฉียบพลัน หรือเมาสารเสพติด การใช้เป็นประจำ การเสพติด การใช้แบบเสี่ยงสูง หรือการใช้สารเสพติดแบบฉีก ๑. ระดับคะแนน น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๓: ระดับความเสี่ยงต่ำ (Lower risk) ๒. ระดับคะแนน ๔-๒๖: ระดับความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)	ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย ๒ ข้อใน ๑๑ ข้อ ภายในระยะเวลา ๑๒ เดือน ได้แก่ ๑. เสพสารปริมาณมากหรือเสพในช่วงเวลานานกว่าที่ตั้งใจ ผู้ป่วยหมกมุ่นในการใช้ยา ตลอดทั้งวัน ไม่ทำงาน ๒. มีความอยากอย่างรุนแรง หรือพยายามเลิก หรือควบคุมการใช้แต่ไม่สำเร็จ ๓. มีความอยาก หรือต้องการอย่างรุนแรง ที่จะใช้กัญชา ๔. ใช้สารกลุ่มกัญชา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในที่ทำงาน ที่บ้านได้ปกติ ผู้ป่วยหมกมุ่นใช้ยาเสพติดจนไม่สามารถช่วยงานปู่ได้ ๕. ภาวะขาดยา (Withdrawal) ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน คือ วิตกกังวล กระวนกระวาย เดินไปมา หงุดหงิดก้าวร้าว การวินิจฉัยโรค Cannabis Dependence induced psychosis with SMI-V การประเมินการคัดกรองปัญหาจากการใช้ยาเสพติดด้วย ASSIST= ๓๗ คะแนน แปลผล อยู่ระดับความเสี่ยงสูง (High risk)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
๓. ระดับคะแนนมากกว่า ๒๗: ระดับความเสี่ยงสูง (High risk) เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหมายถึง ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-๑๐ หรือ DSM-V ที่มีภาวะอันตรายสูงหรือที่มีความเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดอันตรายสูงตามเกณฑ์ดังนี้ - มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต - มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน - ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ เฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย หมายเหตุ: ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งให้ถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และต้องให้การบริการดูแลช่วยเหลือตามรูปแบบของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน (๓S) โดยแพทย์จะต้องเป็นผู้วินิจฉัยดังนี้ รายละเอียดของเกณฑ์ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ๑. มีประวัติทำ ร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต - ยิงตัวเองด้วยปืน - แขว่นคอ - ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิตเช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย - กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู - กินยาเกินขนาดฆ่าตัวตายใช้มีดหรือของมีคมฟันแทงฉีกเนื้อตัวเอง - ทำให้ตัวเองจมน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้ - ทำให้นายยนต์ชนหรือทับตาย (เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์หรือนายยนต์อื่นๆ ที่ถูกกระแทกแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้เป็นต้น)	ผู้ป่วยเสพติดสุรา และสารเสพติดอื่นร่วม มีอาการหิวแหว่ อารมณ์แปรปรวน มีประวัติก้าวร้าว เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของ

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
- ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง - ใช้ควีนไฟ เปลวไฟรมตัวเองให้หายใจ ไม่ออก - ใช้ของแข็ง โลหะไม้ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต - มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิตเช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้น ผนัง หรือ ของแข็ง หรือ ใช้หมอนอุดจมูก เป็นต้น ๒. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน - ใช้อาวุธ มีดหรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือเลือดออกภายในหรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย - รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ - เจตนาชนหรือทับด้วยยานยนต์ - จี้ตัวประกัน - ปล้น - พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคมพร้อมก่อเหตุรุนแรง - ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย (เช่น มีดขวาน ระเบิด หิน) - อาละวาดทำลายสิ่งของหรือเผาสิ่งของหรือทรัพย์สินเสียหาย ๒. มีอาการหลงผิดมีความคิด ทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง - มีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตโดยระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย - หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้ายและพกอาวุธไว้กับตัว - เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) - ฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต - พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต - ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น - วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย ** หมายเหตุ ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	ผู้ป่วยมีประวัติขู่ทำร้ายญาติ มีพฤติกรรมถือไม้ ขั้บรถรอบหมู่บ้าน พุดคนเดียว โวยวายก้าวร้าวตำท้อผู้คนในชุมชน = SMI-V๒

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ การพยาบาลตามระดับความรุนแรง ๑. ประเมินสภาพผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนี้ ๑.๑ ประเมินอาการและการแสดงที่เป็นสัญญาณของพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น การแสดงออกทางสีหน้าบึ้งตึง แววตาไม่เป็นมิตร การเคลื่อนไหวกระวนกระวายอยู่ไม่ได้นิ่ง ๑.๒ ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกและอารมณ์อย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะถอนพิษยา และการศึกษาประวัติจากญาติ เกี่ยวกับพฤติกรรมก้าวร้าวในอดีตมีหรือไม่อย่างไร ๒. พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สงบ และให้เกียรติผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ ๓. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ๓.๑ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย รวมทั้งลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม โดยลดเสียงดัง ลดแสงสว่าง ๓.๒ ลดการที่มีคนพลุกพล่าน เพื่อลดสิ่งคุกคามความรู้สึกผู้ป่วย ตรวจสอบผู้ป่วยไม่ให้มีสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธได้ ๓.๓ ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะพฤติกรรมก้าวร้าวตามระดับความรุนแรงที่ประเมิน ๓.๔ พยาบาลต้องเผชิญสถานการณ์ด้วยความมั่นใจ อย่างมีแผน ระวังตัว และมีท่าทีสงบ ๓.๕ อยู่ห่างผู้ป่วยพอสมควร การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่เป็นมิตร ก้าวร้าวรุนแรง ควรตระหนักถึงช่องว่างระหว่างบุคคล และไม่ควรเข้าหาตัวผู้ป่วยเพื่อลดความรู้สึกถูกคุกคาม ๓.๖ เรียกชื่อผู้ป่วยและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน ไม่ตำหนิ ใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยได้ระบายความไม่พอใจ และให้วิจารณ์ได้ แม้เป็นความรู้สึกในทางลบ ๓.๗ ให้อยู่ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ในรายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	<u>วันที่ ๒๑ กพ ๖๗</u> ผู้ป่วยหญิงหัดหงิดตาขวาง มีพฤติกรรมด้นประตูดอนนอนเดินไปมาจะออกนอกดอนนอน - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) - ประเมิน RASS = +๒ คะแนน - ได้รับยา Hadol ๕ mg IM stat at ๙.๐๐ น. + Valium ๑๐ mg IV stat at ๙.๐๓ น. - ดูแลให้อยู่ในห้องแยก และผูกมัดตามแนวทาง เพื่อจำกัดพฤติกรรมและให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยรายอื่น <u>วันที่ ๒๒ กพ ๖๗</u> ผู้ป่วยหญิงหัดหงิดตาขวาง ทบประตูดอนแยก - ประเมิน OAS = ๓ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) - ประเมิน RASS = +๒ คะแนน - ได้รับยา Hadol ๕ mg IM stat at ๘.๓๐, ๙.๐๐, ๙.๓๐ น. + Valium ๑๐ mg IV stat at ๑๐.๑๕ น. - ดูแลให้อยู่ในห้องแยก และผูกมัดตามแนวทางเพื่อจำกัดพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย <u>วันที่ ๒๓ กพ ๖๗</u> ผู้ป่วยหญิงหัดหงิดตาขวาง ด่าทอเจ้าหน้าที่ด้วยคำหยาบ - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Hadol ๕ mg IM stat at ๑๐.๔๕ น. - ดูแลให้อยู่ในห้องแยก และผูกมัดตามแนวทาง เพื่อจำกัดพฤติกรรม <u>วันที่ ๒๔ กพ ๖๗</u> ผู้ป่วยหญิงหัดหงิดตาขวางอยู่ไม่ได้นิ่ง รบเร้าขอกลับบ้าน พักไม่ได้

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
๔. จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด หรือใช้ห้องแยกเมื่อจำเป็น - อธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดพฤติกรรมระยะเวลาและสิทธิของผู้ป่วยในขณะที่ถูกจำกัดพฤติกรรมให้ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจ - อนุญาตให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเคลื่อนไหวภายในสถานที่ที่จำกัด (ห้องแยก) ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยถูกผูกมัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดพยาบาลต้องให้การดูแลเอาใจใส่เพื่อลดความคับข้องใจ ความกลัว หรือการรับรู้การถูกคุกคาม ๕. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวและระบายความก้าวร้าวได้เหมาะสม โดย จัดให้มีกิจกรรมที่ ผู้ป่วยสามารถใช้เป็นวิธีระบายความรู้สึกโกรธได้ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานกลางแจ้ง กลุ่มสัมพันธ์ กลุ่มกิจกรรมบำบัด ๕. สิ่งที่ควรระวังในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ - ไม่ควรเข้าไปพบผู้ป่วยตามลำพัง - ยืนห่างจากผู้ป่วยประมาณ ๘ ฟุต เพื่อป้องกันการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรง เพราะคิดว่า พยาบาลจะเข้าจู่โจม - ไม่ถูกต้องตัวผู้ป่วยที่มีท่าที่เอะอะอาละวาด - ไม่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย ควรยืนทแยง - ท่าทางของพยาบาลที่อาจจะก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น เช่น การยืนท้าวสะเอว เหมือนวางอำนาจ / ยืนเอามือไขว้หน้า เหมือนกลัวผู้ป่วย / ยืนเอามือไขว้หลังเหมือนซ่อนอาวุธ - ไม่ใช้สายตาจ้องผู้ป่วยเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวยิ่งขึ้น	- ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Hadol ๕ mg im stat at ๒๐.๒๐, ๒๐.๕๐, ๒๑.๒๐. น. - ดูแลให้อยู่ในห้องนิเวศบำบัด (milieu room) เพื่อสงบอารมณ์ และผ่อนคลายความเครียด <u>วันที่ ๒๕ กพ ๖๗</u> ผู้ป่วยหงุดหงิด รุนแรงอยู่ไม่นิ่ง รบเร้าขอกลับบ้าน - ประเมิน OAS = ๑ คะแนน - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา - Hadol ๕ mg im stat ๑๑.๕๕ น. - ดูแลให้อยู่ในห้องนิเวศบำบัด (milieu room) เพื่อสงบอารมณ์ โดยการต่อมวามเตะกระสอบทราย <u>วันที่ ๒๖ ก.พ ๖๗</u> ผู้ป่วยหงุดหงิด ควบคุมตัวเองไม่ได้ วิ่งออกนอกไปป้อมยาม - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Valium ๑๐ mg IV stat at ๑๐.๔๒, ๒๐.๑๕, ๒๒.๑๕ น. <u>วันที่ ๒๗ ก.พ ๖๗</u> ผู้ป่วย Agitation ไม่อยู่นิ่ง หงุดหงิด PR >๑๒๐ ครั้ง/นาที - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Valium ๑๐ mg IV stat at ๑๗.๑๕ น. และ Propanolol (๑๐) ๑xprn if HR > ๑๒๐ ครั้ง/นาที <u>วันที่ ๑ มีค ๖๗</u> ผู้ป่วย Agitation ไม่อยู่นิ่ง หงุดหงิด PR >๑๒๐ ครั้ง/นาที - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Valium ๑๐ mg IV stat at ๙.๑๐ น.

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
	- ดูแลให้อยู่ในห้องนิเวศบำบัด (milieu room) เพื่อระบายอารมณ์ โดย การต่อมวอยเตะกระสอบทรายในช่วง บ่าย

๑๖. การรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีและกรณีศึกษา

ตารางที่ ๗ แสดงการรักษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีและกรณีศึกษา

การรักษาตามทฤษฎี	การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วย ใน (Inpatient Programs) แบ่งออกเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ ๑ การเตรียมการก่อนรักษา เป็นขั้นตอนแรกของการเข้ารับการบำบัด รักษา มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาส เตรียมตัว เตรียมใจ จัดการภารกิจส่วนตัวให้เรียบร้อย ให้เข้ารับการรักษได้ครบตามระยะเวลา โดย ต่อเนื่องไม่ขาดตอนรวมทั้งให้คำแนะนำจิตใจให้ ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษา และมีความตั้งใจจริงในการบำบัดรักษารวมไปถึงการ เตรียมครอบครัวของผู้บำบัด	ขั้นที่ ๑ รับใหม่จากผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ แรกเริ่มบุคลากรทาง การแพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ถึงความสำคัญในการบำบัดรักษา และ กระบวนการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล เป็นระยะที่พยาบาลและผู้รับบริการทำความ รู้จักกันครั้งแรกปัจจัยที่มีผลต่อการ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ได้แก่ ค่านิยม วัฒนธรรม เชื้อชาติ ความคิด เดิม ความเชื่อ ประสบการณ์ในอดีตความ คาดหวังในระยะนี้ ทั้งผู้รับบริการและ พยาบาลต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน หากการสร้างสัมพันธภาพในขั้นต้นดำเนินไป ด้วยดีก็จะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนิน ในขั้นตอนต่อไปได้ พยาบาลและผู้รับบริการ เข้าใจกันและกัน ผู้รับบริการต้องการความ ช่วยเหลือ ต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถ ชักถามข้อสงสัย บางครั้งผู้รับบริการบางราย อาจต้องการทดสอบพยาบาลทั้งในแง่ความรู้ ความจริงใจของพยาบาลที่มีต่อตนเอง ใน ระยะนี้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ คือ

การรักษาตามทฤษฎี	การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
	๑. แนะนำตนเองเพื่อเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาลพร้อมกับบอกวัตถุประสงค์การนัดหมายและการพูดคุยสนทนา ๒. กำหนดข้อตกลงของสัมพันธภาพ หลังจากแนะนำตนเองแล้ว พยาบาลบอกถึงข้อตกลงของการสร้างสัมพันธภาพซึ่งก็ได้แก่สถานที่ เวลาที่นัดหมายเพื่อสนทนา ระยะเวลาของการสนทนาแต่ละครั้ง เป็นต้น ข้อตกลงเหล่านี้จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจขอบเขตของสัมพันธภาพ ๓. ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการพบกันครั้งแรกหรือในระยะของการมีสัมพันธภาพความวิตกกังวลของผู้รับบริการอาจเกิดจากพยาบาลเป็นคนแปลกหน้าที่ยังไม่ไว้วางใจไม่กล้าพูดคุยเรื่องส่วนตัว ส่วนพยาบาลอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการสนทนา ไม่ทราบว่า จะสนทนากับผู้รับบริการได้อย่างไรไม่แน่ใจว่าตนจะช่วยผู้รับบริการได้หรือไม่ความวิตกกังวลของผู้รับบริการจะลดลงได้ก็ด้วยการแสดงท่าทีและพฤติกรรมของพยาบาลที่น่าไว้วางใจได้และท่าทีที่แสดงออกในลักษณะของการยกย่องนับถือผู้รับบริการการรักษาสัญญาและรักษาความลับรวมทั้ง ท่าทีที่สม่ำเสมอ ส่วนตัวพยาบาลเองนั้นสามารถลดความวิตกกังวลได้โดยการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพและการสนทนาเพื่อการบำบัด ๔. ประเมินความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการ ในระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพนี้ พยาบาลควรมีการประเมินความคิด ความรู้สึกต่อการสร้างสัมพันธภาพ ความคิดต่อตนเองต่อความเจ็บป่วยซึ่งถ้าพยาบาลสามารถประเมินใกล้

การรักษาตามทฤษฎี	การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
ขั้นที่ ๒ การบำบัดรักษาด้วยยา เป็นการบำบัดอาการขาดยาและภาวะแทรกซ้อนจากยาเสพติด เนื่องจากผู้หยุดยาเสพอาจมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย ก้าวร้าว หรืออาจมีอาการทางจิต เช่น มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวงร่วมด้วย ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องการกำลังใจเป็นอย่างมากจากครอบครัว และสถานบำบัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผ่านระยะนี้ไปด้วยดี ส่วนในรายที่มีอาการไม่รุนแรงหรือเลิกยาเสพติดมาได้ไม่นานระยะหนึ่งแล้วอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วม การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นี้อาจแบ่งออกได้เป็น ๒ ช่วง ดังนี้ ๑) ระยะควบคุมอาการเป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นผลมาจากฤทธิ์ที่ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตนั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายมากอาจให้ benzodiazepine ขนาดสูงรวมไปด้วย หากหลังจาก ๒ สัปดาห์แล้วอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้นจึงจะพิจารณาเพิ่มขนาดยา ๒) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยายังเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก	ความจริงเท่าใดก็จะสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง ขั้นที่ ๒ การบำบัดรักษาด้วยยา เนื่องจากในระยะถอนพิษยา เป็นระยะแรก ผู้ป่วยระยะนี้จะมีอาการทางกายและทางจิต ในผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว เอะอะวอวาย ซึ่งตามแนวคิดนิเวศบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยจำกัดพฤติกรรมที่วุ่นวายและผิดปกติของผู้ป่วย (Sets limits on disturbing and maladaptive behavior) ร่วมกับการได้รับยาตามแผนการรักษาและการใช้กระบวนการพยาบาล โดย ๑. จัดระเบียบหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้อยู่ในห้องแยก หรือห้องนิเวศบำบัดเพื่อระบายนอารมณ์ (milieu room) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และลดอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยรายอื่น ลดความเสี่ยงที่จะมากระตุ้นผู้ป่วย ๒. พยาบาลแนะนำตัวเองทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ บอกวัตถุประสงค์ทุกครั้งในการปฏิบัติการพยาบาล ๓. ประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย ในระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพนี้ พยาบาลควรมีการประเมินความคิด ความรู้สึกต่อการสร้างสัมพันธภาพ ความคิดต่อตนเองต่อความเจ็บป่วยซึ่งถ้าพยาบาลสามารถประเมินใกล้ความจริงเท่าใดก็จะสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การบำบัดรักษาด้วยยา โดยในระยะแรกของการรักษา ผู้ป่วยยังมีอาการง่วงนอน นอนหลับเป็นส่วนใหญ่

การรักษาตามทฤษฎี	การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
โดยทั่วไปจะค่อยๆ ลดยาลงจนถึง ขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทุษยา หรือมีปัญหาญาติไม่สามารถให้การดูแลกำกับผู้ป่วยในการรับประทานยาได้ อาจใช้ยาชนิดประเภท long acting ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ ๑ ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวเช่น ๕ ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด	เวลาตื่นรู้สึกตัวจะเดินไปมา อยู่ไม่นิ่ง พูดคนเดียว มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่ค่อยสงบเวลาสนทนา หวาดระแวงว่ามีคนจะทำร้าย ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น ยาที่ผู้ป่วยได้รับมีดังนี้ - Hadol ๕ mg im prn q ๓๐ min for aggressive - Valium ๑๐ mg im prn q ๓๐ min for severe agitation - Risperidon (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs - Diazepam (๒) ๑ tab ☉ bid.pc x ๕ days - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ hs - Depakine Cr (๕๐๐) ๑ tab ☉ bid.pc - Clozapine (๕๐) ๑ tab ☉ tid pc - Propranolol (๑๐) ๑ tab ☉ prn for PR >๑๒๐ bpm ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ยา ร่วมกับหลักการนิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) ประกอบด้วย - การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) โดยจัดบรรยากาศให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่นเป็นมิตร ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและพัฒนาตนเอง เพื่อให้ออกไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและในสังคมภายนอกได้ ได้แก่ ๑. การจัดสถานที่ ควรจัดให้มีสภาพแวดล้อมและบรรยากาศเพื่อการบำบัด ดังนี้ ๑) สภาพแวดล้อมภายนอกหอผู้ป่วย ควรมีลักษณะคล้ายบ้าน รมรื่น สงบ น่าอยู่ ปลอดภัย มีห้องสำหรับทำกิจกรรม ลานทำกิจกรรม ลานออกกำลังกาย มีพื้นที่สีเขียวสำหรับปลูกต้นไม้ดอกไม้ ตามสภาพจริง ในสังคม มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก

การรักษาตามทฤษฎี	การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
	ในการดำเนินชีวิตตามความเหมาะสม เช่น นานาฬิกา ป้ายบอกกิจกรรม บอกสถานที่ โต๊ะเก้าอี้ เป็นต้น ๒) สภาพบรรยากาศภายในหอผู้ป่วย ควรมีความอบอุ่น สะอาด ปลอดภัย มีความอบอุ่นเป็นมิตร มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่คล้ายบ้านให้มากที่สุด และบุคลากรต้องมีการแนะนำสถานที่แก่ผู้รับบริการได้ รู้จักคุ้นเคยกับสถานที่ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ ทำให้เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือในกิจกรรมการพยาบาล และการรักษาตาม การจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยควรมีการจัดแบ่งโซนให้แก่ผู้ป่วยที่มาใหม่ที่ยังไม่สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมหรือการรับรู้ไม่ได้ มีการจัดให้อยู่ในห้องแยกจนกว่าอาการจะดีขึ้น ป้องกันอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นให้ปลอดภัย ๒. บุคลากร ที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจทางด้านสุขภาพจิต มีท่าที ทักษะคิดด้านบวกในการดูแล เน้นการดูแลตามหลักการพยาบาล อย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วางแผนการดูแลร่วมกับญาติตั้งแต่แรกรับกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ๓. การจัดกิจกรรมบำบัด (Activity Therapy) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยอาศัยหลักการสื่อความหมาย (communication) และหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) ตั้งแต่ ๒ คนขึ้นไป โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง สามารถเผชิญปัญหาได้ ได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก เห็นคุณค่าในตนเอง และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ หลัง

การรักษาตามทฤษฎี	การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
	กลุ่มมีอิทธิพลต่อกลุ่มมาก ทำให้สมาชิกทุกคนมีความผูกพันกันรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ปลอดภัยเมื่อเข้ากลุ่ม ทำให้สามารถอยู่ในกลุ่มทำกิจกรรมได้อย่างมีความสุข หลังจากอาการหวาดระแวง ก้าวร้าว สงบลง ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อย้ายเข้าสู่ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ยังคงคอยได้รับการกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการรับประทานยา การประเมินทางจิต
การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) โดยทั่วไปจะใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของยา หรือมีอาการเศร้าอย่างรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการโรคจิตมีอัตราตอบสนองสูงร้อยละ ๘๓ ซึ่งระยะเวลาในการรักษาด้วยไฟฟ้าสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง วันเว้นวัน จำนวนทั้งหมด ๖ - ๘ ครั้ง แต่ไม่ได้ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ จึงควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น	ผู้ป่วยรายนี้ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า
ขั้นที่ ๓ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะนี้ผู้ป่วยจะเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อเป็นการปรับความพร้อมของสภาพร่างกายและจิตใจให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรม และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับคืนสู่ชุมชน โดยฝึกการใช้กระบวนการจิตวิทยาในการแก้ไขปัญหา การเสริมสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง การรู้จักหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธยาเสพติดรวมทั้งการฝึกอาชีพ เรียนรู้การปรับตัวให้เข้ากับสังคม เน้นการแก้พฤติกรรมภาวะการเสพติด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด ซึ่งจะนำรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วย ได้แก่ ๑) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาฟัง	ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน หลังจากไม่มีอาการถอนพิษยาและอาการทางจิตสงบลง และได้รับการบำบัดทางจิตสังคมดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล นักจิต วิทยา นักกิจกรรมบำบัด โดยเป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้องค์ความรู้ (Cognitive Domain) ต่างๆที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ - การบำบัดทางด้านจิตสังคม ได้แก่ กลุ่มการให้การปรึกษาปัญหาการใช้สารเสพติด (group counseling) กลุ่มการให้ความรู้สำหรับผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด (psycho

การรักษาตามทฤษฎี	การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
ตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นๆที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาได้ว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาหมกมุ่นไม่ได้ เป็นต้น ๒) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงได้ไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การ ทำครอบครัวบำบัด หรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี ๓) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการ จัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อนมีคนที่เข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ ๔) นิเวศบำบัด (milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริม ขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๔)	education) การบำบัดแบบกลุ่มระดับ ประคองทางจิตใจ (Supportive Group Therapy) การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention/ Brief Advice) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) - จิตบำบัดระยะยาว (psychoanalytical oriented psychotherapy) ให้ผู้ป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่กดดันต่อจิตใจได้ดีขึ้น - จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ด้วยการ ประคับประคองจิตใจผู้ป่วย ให้มีสัมพันธภาพ เชิงบวกกับผู้อื่น ระบายความรู้สึก ระบาย ความในใจ สร้างกำลังใจ ให้คำแนะนำ เรียนรู้ความเป็นจริง ช่วยกำหนดขอบเขต ของการกระทำ ยอมรับการเจ็บป่วย รวมถึง การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของ ตนเอง ช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การทำจิตบำบัดสามารถทำได้ทั้ง การบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม ฝึกทักษะ ต่างๆให้กับผู้ป่วย ได้แก่ ทักษะการผ่อนคลายความเครียด ทักษะการป้องกันการ กลับไปเสพยา ทักษะการปฏิเสธ เป็นต้น - พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) โดยการนำพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาของผู้ป่วยมาเป็นเป้าหมายในการ รักษา การรักษาจะช่วยฝึกความกล้าในการ แสดงออก (assertive training) ความมั่นใจ ในตนเอง และเสริมแรงทางบวกเมื่อมี พฤติกรรมที่ดีขึ้น โดยมีนักกิจกรรมบำบัด ช่วยทำแบบบันทึกความก้าวหน้าการทำการ

การรักษาตามทฤษฎี	การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
	วัตรประจำวัน เพื่อช่วยในการฝึกการดูแลตนเองให้ผู้ป่วย - การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) โดยจัดบรรยากาศให้รู้สึกปลอดภัย อบอุ่นเป็นมิตร ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและพัฒนาตนเองเพื่อให้ออกไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและในสังคมภายนอกได้ ดังนี้ ๑. การสร้างความสัมพันธ์ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและเชื่อถือได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและได้รับการสนับสนุน ๒. การกำหนดเป้าหมาย ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษาที่ชัดเจนและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ๓. การสร้างสภาพแวดล้อม ผู้ดูแลควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและสนับสนุนการฟื้นตัวของผู้ป่วย เช่น การจัดหาสถานที่ที่เงียบสงบและปลอดภัย ๔. การสนับสนุนการฟื้นตัว ผู้ดูแลควรสนับสนุนการฟื้นตัวของผู้ป่วยโดยการให้คำแนะนำและการสนับสนุนที่เหมาะสม ๕. การประเมินผล ผู้ดูแลมีการประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่าการรักษามีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังสามารถนำเทคนิคต่างๆ มาใช้ร่วมในการบำบัด ได้แก่ - การบำบัดด้วยศิลปะ การใช้ศิลปะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และความรู้สึก - การบำบัดด้วยการเคลื่อนไหว การใช้การเคลื่อนไหวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและลดความเครียด - การบำบัดด้วยการพูดคุย การใช้การพูดคุยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และความรู้สึก

การรักษาตามทฤษฎี	การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
ขั้นที่ ๔ ติดตามการรักษา หลังจากที่ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคมแล้ว ผู้ป่วยต้องกลับสู่ชุมชนของตนจะมีการติดตามให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและเสริมกำลังใจ และที่สำคัญคือป้องกันไม่ให้เสพยา เป็น การปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะให้ผู้ติดยาเสพติดที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติดอีกต่อไป	เมื่อผู้ป่วยอยู่ครบกำหนดการบำบัดทางโรงพยาบาลได้มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และครอบครัว โดยใช้หลักการจำหน่าย D-METHOD ประกอบด้วย การให้ความรู้ที่จำเป็นสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องตามแผนจำหน่ายครอบคลุมในเรื่อง D (Diagnosis): ให้ความรู้เรื่องโรค M (Medicine): การใช้ยา E (Environment /Environment) : การจัดการสิ่งแวดล้อม T (Treatment): ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา H (Health): การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ O (Outpatient): การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือ และ D (Diet): การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค และมีการติดตามหลังครบกำหนดโดยพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์จนครบ ๑ ปี

ตารางที่ ๘ อาการและการเปลี่ยนแปลงที่พบระหว่างบำบัดรักษา

สัปดาห์ที่	อาการและอาการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
สัปดาห์ที่๑-๒ วันที่ ๒๑ กพ ถึง ๓ มีค ๖๗	ระยะบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยยังมีอาการง่วงนอน นอนหลับเป็นส่วนใหญ่ เวลาตื่นรู้สึกตัวจะเดินไปมา อยู่ไม่นิ่ง พุดคนเดียว มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่ค่อยสบตา เวลาสนทนาแยกตัว หวาดระแวงว่ามีคนจะทำร้าย ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น <u>วันที่ ๒๑ ก.พ. ๖๗</u> ผู้ป่วยหงุดหงิด ตาขวาง มีพฤติกรรมด้นประตูหอนอน เดินไปมาจะออกนอกหอนอน - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) - ประเมิน RASS = +๒ คะแนน - ได้รับยา Hadol ๕ mg IM stat at ๙.๐๐ น.+ Valium ๑๐ mg IV stat at ๙.๐๓ น. <u>วันที่ ๒๒ ก.พ. ๖๗</u> ผู้ป่วยหงุดหงิด ตาขวาง ทบประตูห้องแยก - ประเมิน OAS = ๓ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง) - ประเมิน RASS = +๒ คะแนน	๑. แนะนำตัวเอง พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ๒. ประเมินอาการถอนพิษ และรายงานอาการให้แพทย์ทราบ ให้ยาตามแผนการรักษา ๓. ประเมิน OAS ๔. Check V/S ๕. ให้ การดูแลอย่างใกล้ชิด ๖. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าห้องนิเวศบำบัดในช่วงที่ผู้ป่วยยังมมีอาการทางจิต เพื่อช่วยให้สามารถปลดปล่อยอารมณ์ ระบายอารมณ์ความเครียดในสถานที่เหมาะสม โดยการต่อยมวยเตะและกระสอบทรายเป็น ๗.อธิบายถึงอาการของผู้ป่วยและการดูแลรักษา ๘. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ๙. อธิบายกระบวนการและระยะเวลาการรักษาให้ญาติรับทราบ ๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าห้องนิเวศบำบัดในช่วงที่ผู้ป่วยยังมมีอาการทางจิต เพื่อช่วยให้สามารถปลดปล่อยอารมณ์ ระบายอารมณ์ความเครียด ในสถานที่เหมาะสม โดยการต่อยมวย และกระสอบทรายเป็นต้น	- สัญญาณชีพปกติ - วันที่ ๒๑ ก.พ. ๖๗ ถึง ๑ มี.ค. ๖๗ ผู้ป่วยมีอาการมึนแปรปรวน หงุดหงิด ก้าวร้าวกลางคืนหลับพักผ่อนได้น้อย เดินไปมา อยู่ไม่นิ่ง รับประทานอาหารกลับบ้าน OAS = ๒-๓ คะแนน - หลังจากได้รับการดูแลให้เข้าห้องนิเวศบำบัด อารมณ์ก้าวร้าวลดลง มีความสามารถในการรอคอยและยับยั้งชั่งใจในการแสดงอารมณ์ ก้าวร้าวได้มากขึ้น - ผลการประเมิน MSE: Intelligence Insight ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาของตนเอง ยอมรับว่าตนเองติดยาเสพติด ต้องได้รับการรักษา

สัปดาห์ที่	อาการและอาการ เปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	- Hadol ๕ mg im stat at ๘.๓๐, ๙.๐๐, ๙.๓๐ น. - Valium ๑๐ mg iv stat at ๑๐.๑๕ น. <u>วันที่ ๒๓ ก.พ. ๖๗</u> ผู้ป่วยหยุดหิด ตาขวาง ด่าทอเจ้าหน้าที่ด้วยคำ หยาบ - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (มีพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง) - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Hadol ๕ mg im stat at ๑๐.๔๕ น. <u>วันที่ ๒๔ ก.พ. ๖๗</u> ผู้ป่วยหยุดหิด วนวายอยู่ไม่นิ่ง รบเร้า ขอลูกบ้าน พักไม่ได้ - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (มีพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง) - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Hadol ๕ mg im stat at ๒๐.๒๐, ๒๐.๕๐, ๒๑.๒๐. น. <u>วันที่ ๒๕ ก.พ. ๖๗</u> ผู้ป่วยหยุดหิด วนวายอยู่ไม่นิ่ง รบเร้า ขอลูกบ้าน - ประเมิน OAS = ๑ คะแนน	๑๑. ประเมิน MSE วันที่ ๑ มีนาคม ๖๗ ๑๒. ส่งทำแบบทดสอบ อาการทางจิต กับนักจิต วิทยาวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ตามแผนการรักษา ของแพทย์ การรักษา - Hadol ๕ mg im prn q ๓๐ min aggressive - Valium ๑๐ mg im prn q ๓๐ min for severe agitation - Risperidon (๒) ๑ tab ⊙ pc เข้า + ๑ tab ⊙ hs - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ⊙ pc เข้า + ๑ tab ⊙ hs - Diazepam (๒) ๑ tab ⊙ bid.pc x ๕ days - Diazepam (๑๐) ๑ tab ⊙ hs - Depakine Cr (๕๐๐) ๑ tab ⊙ bid.pc - Clozapine (๕๐) ๑ tab ⊙ tid pc - Propranolol (๑๐) ๑ tab ⊙ prn for PR >๑๒๐ bpm	

สัปดาห์ที่	อาการและอาการ เปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	- ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Hadol ๕ mg im stat ๑๑.๕๕ น. <u>วันที่ ๒๖ ก.พ ๖๗</u> ผู้ป่วย รบเร้าชกกลับ บ้าน Agitation ควบคุม ตัวเองไม่ได้ วิ่งออกนอก ไปป้อมยาม - ประเมิน OAS = ๑ คะแนน - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Valium ๑๐ mg iv stat at ๑๕.๑๐ น. - Valium ๑๐ mg iv stat at ๒๐.๑๕ น. - Valium ๑๐ mg iv stat at ๒๒.๑๕ น. <u>วันที่ ๒๗ ก.พ ๖๗</u> ผู้ป่วย Agitation ไม่อยู่นิ่ง หงุด หงิด PR >๑๒๐ ครั้ง/นาที - ประเมิน OAS = ๑ คะแนน - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน - ได้รับยา Valium ๑๐ mg iv stat at ๑๗.๑๕ น. และ Propanolol (๑๐) ๑xprn if HR > ๑๒๐ ครั้ง/นาที <u>วันที่ ๑ มี.ค ๖๗</u>		

สัปดาห์ที่	อาการและอาการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	ผู้ป่วยรับรื้อข้อโทร หาญาติจะกลับบ้าน หงุด หงิด OAS=๒ คะแนน - ได้รับยา Valium ๑๐ mg iv stat at ๙.๑๐ น. <u>วันที่ ๒ มี.ค ๖๗</u> ผู้ป่วยอาการสงบดี หลังจากได้พูดคุยกับบิดา ทางโทรศัพท์ ให้ความ ร่วม มือดี และยินยอม เข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถ ภาพ - ประเมิน OAS = ๐ - stage of change อยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation) Readiness ruler = ๔/๑๐	- ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยว อาการของผู้ป่วยขณะรักษา ในสัปดาห์แรกและชี้ให้เห็น ผลกระทบจากการเสพ กัญชา - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการ รักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถ ภาพ - ประเมินแรงจูงใจในการ บำบัดรักษาโดยการสัม ภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรง จูงใจ, ประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วย ๒Q, ๙Q, ๘Q ประเมินการติดยาโคติน ด้วย FTND และ ประเมิน PVSS - ประสานญาติเพื่อให้ข้อมูล แผนการรักษาในระยะฟื้นฟู สมรรถภาพ	- วันที่ ๒ มี.ค. ๖๗ คะแนนของ stage of change Readiness ruler = ๔/๑๐ อยู่ในระยะ ลังเลใจ (contemplation) คะแนน ๒Q, ๙Q, ๘Q พบว่า ๒Q = ๒ แปลผล คือ มีความเสี่ยงหรือ มีแนวโน้มที่จะเป็น โรคซึมเศร้า ๙Q = ๗ แปลผล คือ มีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย เนื่องจาก คะแนน มากกว่า ๗ คะแนน ต้องประเมิน แบบประเมินความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตายของกรมสุขภาพ จิต ๘Q ๘Q = ๐ แปลผล คือ ไม่มีแนวโน้มฆ่า ตัวตาย FTND=๗ แปลผล คือ ติดสารนิโคติน ระดับสูงมาก PVSS=๐ แปลผลมี ความเสี่ยงต่อการก่อ ความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับเล็กน้อย

สัปดาห์ที่	อาการและอาการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	<u>วันที่ ๓ มี.ค. ๖๗</u> ผู้ป่วย อาการสงบ - ประเมิน OAS = ๐ คะแนน - ให้ความร่วมมือดีผ่านเกณฑ์ประเมินการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ - stage of change อยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation) Readiness ruler = ๔/๑๐	- ย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ <u>Review Treatment Med</u> - Fulox(๒๐) ๑x๑pc เข้า - Risperidone (๒) ๒ tab ☉ pc เข้า + ๒ tab ☉ hs - Clozapine (๑๐๐) ๑ tab ☉ tid.pc,hs - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ tid.pc - Propanolol (๑๐) ๑x๒pc - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ tid.pc,hs - Valium ๑๐ mg im prn for agitate	- ผู้ป่วยปฏิเสธอาการหูแว่ว หวาดระแวง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น - RASS = ๐ คะแนน - ประเมิน OAS = ๐ คะแนน - stage of change อยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation) แต่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี และมีความพร้อมในการย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
สัปดาห์ที่ ๓ - ๕ วันที่ ๔- ๓๐ มีนาคม ๖๗	ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ วันที่ ๔- ๑๐ มี.ค. ๖๗ - ผู้ป่วยไม่สนใจในการเข้ากลุ่มกิจกรรมแนะนำการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นั่งเหม่อ - บอกคิดถึงบ้าน - Stage of change ก่อนย้ายอยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation) Readiness ruler = ๔/๑๐	๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกและทำให้ทราบเหตุผลของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ ๓. ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริมแรงจูงใจให้เห็นถึงผลดี- ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี เพื่อให้ทราบระดับขั้นตอนของกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย	- ผู้ป่วยปฏิเสธอาการหูแว่ว หวาดระแวง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น แต่ยังไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่ม และยังไม่ค่อยคิดถึงบ้าน - RASS = ๐ คะแนน - OAS = ๐ คะแนน

สัปดาห์ที่	อาการและอาการ เปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	วันที่ ๑๒ - ๑๘ มี.ค. ๖๗ - ผู้ป่วยมีอาการง่วง นอนกลางวัน ไม่อยาก เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม บำบัด	และให้คำแนะนำได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการ ปฏิบัติต่อเนื่อง ๔. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ เกี่ยวกับขั้นตอนของการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลด ความวิตกกังวล ๕. นำหลักการของ Milieu Therapy มาใช้ร่วมกับการ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย - ประเมินรูปแบบการนอน หลับของผู้ป่วย - จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และ ปลอดภัย - รายงานแพทย์มีแผนการ รักษา Review treatment <u>Med</u> - Depakine (๕๐๐) ๑ tab ⊙ bid.pc -Diazepam (๑๐) ๑ tab ⊙ hs -Diazepam (๕) ๑ tab ⊙ bid.pc -Risperidon (๒) ๑ tab ⊙ pc เข้า + ๑ tab ⊙ hs -Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ⊙ tid.pc -Clozapine (๕๐) ๑ tab ⊙ tid pc - fulox (๒๐) ๑ tab ⊙ pc เช้า	- ผู้ป่วยนอนหลับ กลางคืนได้ดี ไม่มี อาการง่วงนอนช่วง กลางวัน - สีสหน้าสดชื่นขึ้น เข้า ร่วมกลุ่มได้ และให้ ความร่วมมือดีขึ้น

สัปดาห์ที่	อาการและอาการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	วันที่ ๑๙-๒๕ มี.ค. ๖๗ - ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวได้ให้ความร่วมมือดี - stage of change อยู่ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นลังเลใจแต่มีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาอย่างต่อเนื่อง (Contemplation) Readiness ruler = ๖/๑๐ วันที่ ๒๖-๓๐ มี.ค. ๖๗ - ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีให้ความร่วมมือดี - อยู่ขั้นตัดสินใจการเปลี่ยนแปลง ไปขั้นการลงมือการเปลี่ยนแปลง และลงมือแก้ไข (Action) - เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	- แนะนำญาติเรื่องการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิด ความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเอง และผู้อื่น - ให้คำแนะนำตามหลักการ D-METHOD	- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา stage of change อยู่ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นลังเลใจแต่มีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาอย่างต่อเนื่อง (Contemplation) Readiness ruler = ๖/๑๐ โดยเข้ารับ การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในจนครบ ๑ เดือน และให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมดี ญาติทราบวิธีการดูแลต่อเนื่อง
วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๗	ติดตามผลดูแลต่อเนื่อง ครั้งที่ ๑ - ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้กัญชาและยาเสพติดประเภทอื่น มีการตรวจ Urine for THC ผลคือไม่พบสารเสพติด ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา มีอาการหูแว่วบางครั้งแต่น้อยลงมาก ผู้ป่วยดูแลสุขภาพร่างกายได้ดีรับประทานอาหารได้มากขึ้นจนทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น อารมณ์ดี ไม่เครียด นอนหลับได้ดี วัน	ให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วย โดยดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงรายละเอียดของปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งได้เน้นทักษะการป้องกันการเสพติดซ้ำ การจัดการตัวกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว	- สัญญาณชีพปกติ - ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพตอบกลับยกมือไหว้ - ปฏิเสธความคิดถึงอยากเสพยา - Urine for THC ผลคือ ไม่พบสารเสพติด - แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) Readiness ruler= ๗/๑๐ คะแนน หมายถึง มี

สัปดาห์ที่	อาการและอาการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	ละ ๗-๘ ชั่วโมง ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวมากขึ้น โดยเฉพาะกับพ่อ ช่วยงานที่บ้านในการทำสวนได้ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขขึ้นมีความเสี่ยงคือยังมีอาการอยากใช้ยาอยู่บ้างเมื่อมีเวลาว่างและเมื่อพบเจอเพื่อนที่เคยใช้ยาเสพติดด้วยกัน ครอบครัวรู้สึกกังวลใจ เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีพฤติกรรมรุนแรงและขู่ทำร้ายร่างกายญาติมาก่อน	ส่วนครอบครัว พยาบาลได้ทำกลุ่มครอบครัว โดยเน้นให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและเน้นย้ำวิธีการดูแลผู้ป่วย เน้นย้ำสัญญาณเตือนอาการผิดปกติทางจิตจากการใช้ยาเสพติด	แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดมากหรือ (determination) อยู่ขั้นตัดสินใจการเปลี่ยนแปลง ไปขึ้นการลงมือการเปลี่ยนแปลงและลงมือแก้ไข (Action) คือ มีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ไม่แยกตัวทำกิจกรรมที่เกิดงานซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและภูมิใจในตัวเอง
วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗	ติดตามผลดูแลต่อเนื่องครั้งที่ ๒ ประเมินสภาวะด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ผลจากการการประเมินผู้ป่วย ปฏิเสธการใช้กัญชาและยยาเสพติดประเภทอื่น มีการตรวจ Urine for THC ผลคือ ไม่พบสารเสพติด ผู้ป่วยสุขภาพโดยรวมดี รับประทานอาหารและยาได้ตามเวลา ไม่มีอาการหิวแหว่ อารมณ์ดี ไม่เครียด สามารถนอนหลับได้และตื่นตอนเช้าและงานบ้านปู้กับย่าและช่วยงานเกษตรกรรมบิดาได้ เวลาว่างส่วนใหญ่อยู่บ้านกับแฟนและไม่ออกไปสังสรรค์ ยังมี ความอยากใช้ยา แต่ก็	- กล่าวทักทายและสร้างสัมพันธ์ภาพ - ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ด้วยไม้บรรทัดวัดใจ (Readiness ruler) - Check V/S - ประเมินภาวะซึมเศร้า๒Q, ๙Q, ๘Q - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าความรู้สึก - เสริมแรงจูงใจและให้กำลังใจในการหยุดเสพยาต่อเนื่องและชื่นชมการตัดสินใจที่เปลี่ยนวิธีการปฏิบัติและการดูแลตนเอง - กระตุ้นการสำรวจเป้าหมายในชีวิตหรืออะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิต	- ผู้ป่วยสดชื่น และให้ความร่วมมือในการให้การศึกษาเป็นอย่างดี พยาบาลได้ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการคงสภาพต่อไปพร้อมทั้งนัดหมายในการติดตามตามระบบของโรงพยาบาลต่อไป - สัญญาณชีพปกติ - แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) Readiness ruler = ๙/๑๐ - คะแนน หมายถึงมีแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดมากหรือ (determination) อยู่ขั้นตัดสินใจการ

สัปดาห์ที่	อาการและอาการเปลี่ยนแปลง	แผนการรักษาและ กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
	ไม่ได้ไปใช้ยาเพราะคิดว่า ไม่ยากกลับไปเป็น แบบเดิมอีกแล้ว	- ทบทวนเรื่องการรับประทานยา ตามแผนการรักษา	เปลี่ยนแปลง ไปขึ้น การลงมือการเปลี่ยนแปลง และลงมือแก้ไข (Action) อยู่ชั้นกระ ทำต่อเนื่อง

๑๘. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (การวินิจฉัย ทางการพยาบาล)

ระยะถอนพิษยา

การบำบัดรักษาในระยะถอนพิษยา ระยะตอนนี้เน้นการบำบัดรักษาอาการทางกายที่เกิดจากการขาดยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีความต้องการยามีอาการทรมาณอย่างรุนแรง การรักษาในระยะนี้เป็นการรักษาอาการขาดยาไม่ให้มีอาการทรมาณ และสามารถผ่านอาการอยากยาได้ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พร้อมๆ กับการให้คำปรึกษา ซึ่งประกอบด้วย การประเมินถึงความรุนแรงของการขาดยา และค้นหาปัญหาที่สัมพันธ์กับการใช้ยา การเสริมสร้างแรงจูงใจและการให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการบำบัด เสริมกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษา โดยมีการนำหลักการนิเวศน์บำบัด มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการให้ยา ดังข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง
๒. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้
๓. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากได้รับยารักษาอาการทางจิต
๔. เกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช
๕. การควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ
๖. สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวบกพร่อง

ปัญหาที่ ๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง (วันที่ ๒๑ กพ ๖๗ - ๓ มีนาคม ๒๕๖๗)

ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนพูดว่าตนเอง และจะเข้ามาทำร้าย หวาดระแวง

O: - วันที่ ๒๑ กพ ๖๗ ผู้ป่วยหงุดหงิด ตาขวาง มีพฤติกรรมดันประตูนอน เดินไปมาจะออกนอกนอน

- ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)

- ประเมิน RASS = +๒ คะแนน

- ได้รับยา Hadol ๕ mg IM stat at ๙.๐๐ น.+ Valium ๑๐ mg IV stat at

๙.๐๓ น.

- วันที่ ๒๒ กพ ๖๗ ผู้ป่วยหงุดหงิด ตาขวาง หุบประตูห้องแยก

- ประเมิน OAS = ๓ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)
- ประเมิน RASS = +๒ คะแนน
- ได้รับยา Hadol ๕ mg im stat at ๘.๓๐, ๙.๐๐, ๙.๓๐ น. + Valium ๑๐ mg iv stat at ๑๐.๑๕ น.
- วันที่ ๒๓ กพ ๖๗ ผู้ป่วยหงุดหงิด ตาขวาง ไม่นิ่ง Aggressive ด่าทอเจ้าหน้าที่ด้วยคำหยาบ
 - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)
 - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน
 - ได้รับยา Hadol ๕ mg IM stat at ๑๐.๔๕ น.
- วันที่ ๒๔ กพ ๖๗ ผู้ป่วยหงุดหงิด วุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง รบเร้าขอกลับบ้าน พักไม่ได้
 - ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)
 - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน
 - ได้รับยา Hadol ๕ mg im stat at ๒๐.๒๐, ๒๐.๕๐, ๒๑.๒๐ น.
- วันที่ ๒๕ กพ ๖๗ ผู้ป่วยหงุดหงิด วุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง รบเร้าขอกลับบ้าน
 - ประเมิน OAS = ๑ คะแนน
 - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน
 - ได้รับยา Hadol ๕ mg im stat ๑๑.๕๕ น.
- วันที่ ๒๖ กพ ๖๗ ผู้ป่วย Agitation ควบคุมตัวเองไม่ได้ วิ่งออกนอกไปป้อมยาม
 - ประเมิน OAS = ๑ คะแนน
 - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน
 - ได้รับยา Valium ๑๐ mg iv stat at ๑๕.๑๐, ๒๐.๑๕, ๒๒.๑๕ น.
- วันที่ ๒๗ กพ ๖๗ ผู้ป่วย Agitation ไม่อยู่นิ่ง หงุดหงิด PR >๑๒๐ ครั้ง/นาที
 - ประเมิน OAS = ๑ คะแนน
 - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน
 - ได้รับยา Valium ๑๐ mg iv stat at ๑๗.๑๕ น.
- วันที่ ๑ มี.ค ๖๗ ผู้ป่วย Agitation ไม่อยู่นิ่ง หงุดหงิด PR >๑๒๐ ครั้ง/นาที
 - ประเมิน OAS = ๑ คะแนน
 - ประเมิน RASS = +๑ คะแนน
 - ได้รับยา Valium ๑๐ mg iv stat at ๙.๑๐ น.

เป้าหมายทางการพยาบาล

- ไม่เกิดพฤติกรรมผู้ป่วยทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการความคิด ความรู้สึก จากประวัติ และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เพื่อจะได้วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วย อย่างเหมาะสม

๒. สร้างสัมพันธ์ภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

๒.๑ แสดงท่าทางที่เป็นมิตร สุขุม มั่นคงในการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย

๒.๒ อธิบายเกี่ยวกับสถานที่ เพื่อนผู้ป่วย โดยเฉพาะเพื่อนที่อยู่ข้างเตียง บทบาทของ ทีม รักษาภาวะเครียด

๒.๓ แนะนำตัวก่อนที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วยครั้งแรกและทุกครั้งต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้การรักษา สิทธิส่วนบุคคลและการปรับตัวก่อนการให้การปรึกษาหรือกลุ่มกิจกรรมบำบัด

๓. ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ประเมินจากสีหน้าท่าทาง การแสดงออกทางคำพูด อารมณ์ การเคลื่อนไหว เพื่อวางแผนการพยาบาลให้ได้รับความปลอดภัย

๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และไม่มีสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น เช่น มีด ของแหลมคม ของแข็ง ไม้ แก้ว เชือก ไม้แขวนเสื้อ เป็นต้น

๕. สังเกตอาการเมื่อพบท่าทีที่ผิดปกติ อยู่ไม่ติดที่ และถามความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อหาสาเหตุ ลดความ กลัวหรือข้อสงสัย

๖. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

๗. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆเกี่ยวกับอาการหูแว่ว ภาพหลอน และให้ข้อมูลเรื่องอาการของโรค และอาการทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยอื่นเข้าใจและยอมรับ อาการแสดงและอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้น ให้ผู้ป่วยมีความคิดและอาการหวาดระแวงเพิ่มขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการทะเลาะวิวาท

๘. พูดคุยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีสัมพันธภาพและเริ่มไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น

๙. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ความคิด และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ลงบันทึกใน รายงาน

๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าห้องนิเวศบำบัดในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิต เพื่อช่วยให้สามารถปลดปล่อยอารมณ์ ระบายอารมณ์ความเครียด ในสถานที่ที่เหมาะสม โดยการต้อยมวยเตะและ กระสอบทราย เป็นต้น

การประเมินผล (๒๑ ก.พ. ๖๗ – ๓ มี.ค. ๖๗)

ผู้ป่วยปฏิเสธอาการหูแว่ว หวาดระแวง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และผู้อื่น

- RASS = ๐ คะแนน

-ประเมิน OAS = ๐ คะแนน (ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)

ปัญหาที่ ๒ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

(๒๑ กพ ๖๗ – ๑ มี.ค. ๖๗)

ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบอกว่า จะกลับบ้าน ให้โทรศัพท์ให้ป้อมารับกลับบ้าน กลัวไม่อยากอยู่โรงพยาบาล ร้องไห้

O: - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ตาขวาง อาละวาด เดินไปมา ทบประตูดอนนอน อยู่ไม่นิ่ง ได้รับยา Hadol ๕ mg IM stat + Valium ๑๐ mg IV stat ได้รับการผูกมัดตั้งแต่วันที่ ๒๑ กพ ๖๗ – ๑ มีนาคม ๖๗ และ Restraint ผู้ป่วยไว้กับเตียง

เป้าหมายทางการพยาบาล

- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
๒. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล
๓. แจ้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อขออนุญาตผูกมัดผู้ป่วยและเซ็นใบยินยอม เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้
๔. แจ้งให้ครอบครัวทราบถึงเหตุผลของการผูกมัด และการดำเนินของโรค
๕. ใช้ผ้าผูกมัดที่ป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะเคลื่อนไหว
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 (๒๑ กพ ๖๗ - ๑ มีนาคม ๖๗)

- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด

ปัญหาที่ ๓ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากได้รับยารักษาอาการทางจิต (๒๑ ก.พ. ๖๗ - ๒๙ มี.ค. ๖๗)

ข้อมูลสนับสนุน

- S: - ผู้ป่วยบอกว่ามีนั่ง ง่วงนอนหลังได้รับการฉีดยาและรับประทานยา
- O: - ผู้ป่วยมีอาการเดินเซ (วันที่๒๒ ก.พ.-๒๘ ก.พ. ๖๗)
- จากประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยได้รับยา
 - Hadol ๕ mg im prn q ๓๐ min for agitate
 - Valium ๑๐ mg im prn q ๓๐ min for agitate
 - Risperidone (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs
 - Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs
 - Diazepam (๒) ๑ tab ☉ bid.pc x ๕ days
 - Diazepam (๑๐) ๑ tab ☉ hs
 - Depakine CR (๕๐๐) ๑ tab ☉ bid.pc
 - Clozapine (๕๐) ๑ tab ☉ tid pc

เป้าหมายทางการพยาบาล

- เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

- เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ
- ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองอย่างครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพระดับความรู้สึกของผู้ป่วย
๒. ประเมินผลข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น หน้ามืด ตาลาย มึนงง เดินเซ ง่วงนอนมาก หรือหลับมาก
๓. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง หรือกรณีผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางกาย หรือมีความผิดปกติของสัญญาณชีพ ให้วัดสัญญาณชีพทุก ๒ ชั่วโมง
๔. อธิบายถึงผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นของยาต้านอาการทางจิต และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิด อุบัติเหตุที่เกิดจาก Postural hypotension เช่น หกล้ม ตกเตียง ให้คำแนะนำระมัดระวังในการเดินและ การเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ ถ้ามีอาการหน้ามืดบนเตียงให้นอนลง หรืออยู่บนเก้าอี้ให้พุงลงที่เตียง/เก้าอี้ จากท่านั่งเป็น ท่ายืน ให้กลับท่านั่งแล้วกลับตัก่อนจนหายแล้วค่อยลุกช้าๆ
๕. จัดให้อยู่ในสถานที่ใกล้ Nurse station หรือมองเห็นได้ชัดเจน สะดวกต่อการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบไม่มีสิ่งกีดขวางพื้นไม่เปียกชื้น จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่มีไม้กั้นเตียงและยกไม้กั้นเตียงขึ้น
๖. ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย ป้อนอาหาร ดูแลเรื่องการขับถ่าย ในกรณี ที่ผู้ป่วยพอช่วยเหลือตัวเองได้ ให้การช่วยเหลือ พยุงไปห้องน้ำจัดอาหารให้รับประทานในหอผู้ป่วย
๗. จัดกิจกรรมให้นอนพักผ่อนบนเตียงในกรณีผู้ป่วยเหนื่อยมาก อ่อนเพลียมากหรือความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิเมตรปรอท Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท หรือร่วมกับ มีอาการมึนงง
๘. บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (๒๑ ก.พ. ๖๗ – ๒๙ มี.ค. ๖๗)

ผู้ป่วยได้รับการดูแล ฝึกระวัง ผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิตอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ปกติ

ปัญหาที่ ๔ เกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตเวช (๒๑ ก.พ. ๖๗ – ๒๙ มี.ค. ๖๗)

ข้อมูลสนับสนุน

- S: - ผู้ป่วยกล่าวว่า “ผมรู้สึกใจสั่น”
O: - ผู้ป่วยมีอาการเดินเซ พุดไม่ชัด น้ำลายไหลที่มุมปาก Cogwheel= positive

PR= ๑๐๖bpm

- ได้รับยากลุ่ม Antipsychotic drugs ดังนี้
 - Hadol ๕ mg im prn q ๓๐ min for agitate
 - Valium ๑๐ mg im prn q ๓๐ min for agitate
 - Risperidon (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs

- Depakine CR (๕๐๐) ๑ tab ☉ bid.pc

- Clozapine (๕๐) ๑ tab ☉ tid pc

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงรุนแรงจากยารักษาอาการทางจิตเวช ได้แก่ ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่ง อย่างรุนแรงลำตัวแอ่น ตาค้างและเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็น ตาดำ บางรายลิ้นโตยื่นคืบ ปากและสั่น

๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุในระหว่างการบำบัดรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ปลอดภัย และเรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

๒. ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ

๓. ประเมินและสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต เช่น อาการ Extra Pyramidal Syndrome โดยใช้แบบประเมินการเกิดอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ Modified Simpson Angus Scale (Mod-SAS) ซึ่งประเมินใน ๕ ด้าน คือ การเดิน การแกว่งแขน การเกร็งข้อศอก การเกร็งข้อมือ การสั่น และน้ำลายไหล

๔. ดูแลให้ยา Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab ☉ pc เข้า + ๑ tab ☉ hs และ Propranolol (๑๐) ๑ tab ☉ prn for PR >๑๒๐ bpm ตามการรักษาของแพทย์

๕. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการจะดีขึ้นภายใน ๓๐ นาทีและจะหายไปภายใน ๑-๒ วัน เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

๖. จัดอาหารอ่อนให้รับประทาน และแนะนำการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ช้าๆและเผื่อระวังอาการสำลักและดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๑.๕ ลิตร/วัน

๗. ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวช้าๆ เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก Postural hypertension เช่น การหกล้มและการได้รับบาดเจ็บ

๘. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ เดิน เข้าห้องน้ำ เป็นต้น

๙. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาครบตามจำนวน และถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีการตรวจความถูกต้องก่อนการแจกยาทุกครั้ง

๑๐. จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

๑๑. บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (๒๑ ก.พ. ๖๗ - ๒๙ มี.ค. ๖๗)

ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างบำบัดรักษา ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช โดยไม่มีอาการใจสั่น HR=๖๐-๑๐๐ bpm ไม่มีอาการสำลักน้ำและอาหาร พุดชัดขึ้น Cogwheel = negative สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุในระหว่างการบำบัดรักษา

ปัญหาที่ ๕ การควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ (วันที่ ๒๑ กพ ๖๗ - ๓ มีนาคม ๒๕๖๗)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าเวลามีปัญหากับเพื่อนจะเสพยา แลควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ หงุดหงิดง่าย

O: จากการซักประวัติญาติ เวลาผู้ป่วยมีปัญหาหรือเครียดจะเก็บไว้คนเดียว และจะใช้กัญชา หลังจากนั้นจะมีอาการหงุดหงิด โวยวาย ก้าวร้าว ชูทำร้ายญาติและคนรอบข้าง

เป้าหมายทางการพยาบาล

- ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่ก่อเหตุทะเลาะวิวาท
- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยคนอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก คับข้องใจด้วยท่าทีแสดงความเข้าใจฟังอย่างตั้งใจ

๒. ทำกิจกรรมรายบุคคลเพื่อฝึกการควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหา

๒.๑ การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยสอบถามผู้ป่วยที่ผ่านมา อารมณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นอารมณ์แบบไหน

๒.๒ การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ

๑) ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในอดีตที่ผ่านมาผู้ป่วยเคยมีปัญหาบุคคลในครอบครัวแล้วใช้อารมณ์บ้าง หรือไม่ แก้ปัญหาอย่างไร

๒) สะท้อนความคิด อารมณ์ต่างๆ ที่แสดงออกมามีข้อดีและข้อเสียอะไรบ้าง การเผชิญปัญหามีผลกระทบต่อ อารมณ์อย่างไร จะจัดการกับอารมณ์ และเผชิญปัญหานี้อย่างไร

๒.๓ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

๑) ให้ความรู้แนวทางการควบคุมอารมณ์ และการแก้ไขปัญห

๒) คิดทบทวนอารมณ์ เมื่อเข้าสู่สถานการณ์ที่มีตัวกระตุ้นอารมณ์ ต้องตั้งสติ หาสาเหตุของการเกิดอารมณ์ โกรธนั้นว่าเกิดจากอะไร เกิดผลกับตัวเราเองและบุคคลอื่นอย่างไร

๓) ตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์แล้วลองปฏิบัติ โดยใช้เทคนิคต่อไปนี้

- การระบายอารมณ์โกรธ เป็นการระบายอารมณ์ที่อัดอั้นในใจออกมา เช่น ตะโกนเสียงดังๆ ยาวๆ นานๆ ในห้องน้ำ, จับปากกามาขีดเขียนบนกระดาน, เล่นกีฬาที่ได้ออกกำลังกาย, เตะกระสอบทราย

- การสร้างความผ่อนคลาย เมื่อความโกรธทำให้เกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เช่น ฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ สัก ๕-๑๐ นาที

- ปรึกษาบุคคลที่ไว้ใจ

๔) คาดการณ์ผลของอารมณ์ที่จะตามมา

๕) ประเมินสถานการณ์การควบคุมอารมณ์อีกครั้ง

๒.๔ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิผล การฝึกควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม และสม่ำเสมอ จะช่วยให้ ผู้เสพติดควบคุมตนเองได้ดีขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยั่วอารมณ์ต่างๆ จนสามารถลด ละ เลิก หรือหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพติดซ้ำ

๓. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าห้องนิเวศบำบัดในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีการหงุดหงิด เพื่อช่วยให้สามารถปลดปล่อยอารมณ์ ระบายอารมณ์ความเครียด ในสถานที่เหมาะสม

๔. บันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (วันที่ ๒๑ กพ ๖๗ - ๓ มีนาคม ๒๕๖๗)

ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัด และเพื่อนผู้ป่วย ในช่วงที่มีอาการหงุดหงิดก้าวร้าวห้องนิเวศบำบัด ผู้ป่วยจะเตะกระสอบทรายเพื่อช่วยให้สามารถปลดปล่อยอารมณ์ และผู้ป่วยฝึกการควบคุมอารมณ์โดยการฝึกผ่อนคลายลมหายใจ เวลาอารมณ์หงุดหงิด ไม่ก่อเหตุทะเลาะวิวาท

ปัญหาที่ ๖ สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวบกพร่อง (๒๑ ก.พ. ๖๗ - ๒๙ มี.ค. ๖๗)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าพ่อแม่หย่าร้างกันตั้งแต่เด็ก และมีครอบครัวใหม่กันทั้งคู่ ปู่กับย่าเป็นคนเลี้ยงดู พ่อเป็นคนเจี๊ยบๆ ไม่ค่อยพูด ตอนเย็นเลิกงานมากก็จะดื่มเหล้า หรือไม่ก็ไปนอนบ้านภรรยาใหม่ จึงไม่ค่อยได้คุยกัน

O: ขณะพูดคุยโทรศัพท์ ครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดระยะยาว แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ และจะทะเลาะกัน จะไปทำร้ายร่างกายหากบังคับให้ตนบำบัดต่อระยะยาว

เป้าหมายทางการพยาบาล

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยและครอบครัวคุยกันด้วยน้ำเสียงที่เป็นมิตรใช้ถ้อยคำที่แสดงถึงความห่วงใยใส่ใจกัน
- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองจนเกิดความไว้วางใจ

๒. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัวจากการพูดคุย การตอบสนองความต้องการ

๓. ให้คำปรึกษาครอบครัวตามสภาพปัญหา

๔. แนะนำให้ครอบครัวโทรศัพท์สอบถามอาการและพูดคุยกับผู้ป่วยและให้กำลังใจบ่อยๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง

๕. ทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการสนับสนุน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย

๖. สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (๒๑ ก.พ. ๖๗ - ๒๙ มี.ค. ๖๗)

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีการใช้คำพูดที่ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ไม่ทะเลาะกัน

- ผู้ป่วยเข้าใจในบทบาทของตนเองในบทบาทหน้าที่การเป็นบุตร

ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

หลังจากผู้ป่วยผ่านการบำบัดรักษาระยะถอนพิษยาแล้ว เป็นการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับสภาพจิตใจและเสริมสร้างให้สุขภาพแข็งแรง โดยต้องแก้ไขปรับปรุงทั้งนิสัย ความประพฤติ และจิตใจที่เคยถูกครอบงำด้วยฤทธิ์ของยาเสพติด แก้ไขสิ่งแวดล้อม และแนวทางการปรับปรุงตนเอง เพิ่มการฝึกการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการใช้กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคง ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาศักยภาพ ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรม ตลอดจนความพร้อมที่จะออกไปใช้ชีวิตกับสังคมภายนอก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษาจนกระทั่งสามารถเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้บำบัดมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปปฏิบัติตน ดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขและเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และชุมชน เมื่อความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและสามารถแก้ไขปัญหาได้แล้ว ความต้องการในการช่วยเหลือก็ลดน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยสิ้นสุด ระยะนี้มีการประเมินผลและอาจมีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการรักษาและการดำรงภาวะสุขภาพต่อไป ดังข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ต่อไปนี้

ปัญหาที่ ๗ ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ (๔ - ๑๒ มี.ค. ๖๗)

ข้อมูลสนับสนุน

S: - ผู้ป่วยบ่นเป็นห่วงเรื่องแฟน คิดถึงปู่ และอยากกลับบ้าน ไม่อยากเข้ารับการบำบัดรักษา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ผู้ป่วยบอกรู้สึกง่วงนอนช่วงกลางวัน และเวลาเข้ากลุ่ม ไม่อยากเข้ากลุ่ม

O: - ผู้ป่วยไม่สนใจในการเข้ากลุ่มกิจกรรมแนะนำการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นั่งเหม่อ สีหน้าไม่สดชื่น

- Stage of change ก่อนย้ายอยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation) Readiness ruler = ๔/๑๐

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถเข้าร่วมกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

๒. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก และทำให้ทราบเหตุผลของการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ

๓. ประเมิน stage of change ผู้ป่วยอยู่ในระยะลังเล เสริมแรงจูงใจ ให้เห็นผลดี ผลเสีย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย สามารถบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้ และชมเชยสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี เพื่อให้ทราบระดับขั้นตอนของกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย และให้คำแนะนำได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติต่อเนื่อง

๔. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความวิตกกังวล

๕. นำหลักการของ Milieu Therapy มาใช้ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังนี้

- จัดระเบียบหอผู้ป่วยให้ปลอดภัย สะดวกสบายตามความเหมาะสม มีตารางกิจกรรมของแต่ละวัน ให้ผู้ป่วยมองเห็นชัดเจน

- ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อตกลงในการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข เพื่อการรักษา และสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมและความจำเป็น

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมตามตารางกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาและปรับพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม โดยเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนา ทักษะทางสังคม

การประเมินผล (๓๐ มี.ค. ๖๗)

๑. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา stage of change อยู่ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นลังเลใจ แต่มีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาอย่างต่อเนื่อง (Contemplation) Readiness ruler = ๖/๑๐ โดยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในจนครบ ๑ เดือน และให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมดี

ปัญหาที่ ๘ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ (๓๐ มี.ค. ๖๗)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยพูดว่า “เวลามีปัญหาหรือเครียด จะใช้กัญชาทุกครั้ง กัญชาทำให้หายเครียดได้ เกิดความสนุกเพลิดเพลิน”

O: - คบเพื่อนที่เสพยาเสพติด หลังเสพยาแล้วจะไปเที่ยวสนุกสนานกับเพื่อน

- การใช้กลไกป้องกันทางจิตแบบ

Repression: เก็บกด มีปัญหาอะไรส่วนใหญ่มักจะเก็บไว้คนเดียว ไม่ค่อยคุยปรึกษาใคร

Avoidant: มีการหนีปัญหา โดยการไปดื่มสุรา และเสพยาเสพติดเพื่อให้ลืมเรื่องต่างๆ

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยทราบวิธีในการจัดการกับอารมณ์โกรธ และมีทักษะในการเผชิญปัญหา

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธ และการเผชิญกับปัญหาโดยไม่เสพยาเสพติด ได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลิกสารเสพติดของผู้ป่วย

๒. ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอารมณ์ และปัญหาของผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาและผลกระทบที่เกิดขึ้น

๓. ประเมินอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนถึงสิ่งที่เป็นความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ

๔. วางแผนป้องกันการเสพยาซ้ำร่วมกับผู้ป่วย โดย

๔.๑ กรณีเผชิญกับตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การแพร่ระบาดในชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่ เพื่อนชวน ฯลฯ

๓.๒ กรณีของตัวกระตุ้นภายในที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ อารมณ์ทางลบ เครียด เปื่อ

หยุดหิด ฯลฯ จะจัดการอารมณ์เหล่านี้ อย่างไร

๔.๓ กรณีของความอยากเสพยา สามารถจัดการความอยากได้หลายวิธีได้แก่ คิดถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากกลับไปเสพยาจะไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือใช้วิธีตีตบหน้าตัวเองเพื่อกระตุ้นเตือนตนเองว่าจะไม่กลับไปเสพยาอีก อาบน้ำอุ่น สลับน้ำเย็นเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย หรือหาสิ่งอื่นทำเพื่อเบี่ยงเบนความคิด

๕. เสริมทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าปัญหาที่ผ่านมา และให้พิจารณาการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยทดลองแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การประเมินผล (๓๐ มี.ค. ๖๗)

ผู้ป่วยบอกวิธีการระบายอารมณ์โกรธโดยไม่ทำลายสิ่งของหรือบุคคลรอบข้างและการทำกิจกรรมนันทนาการเช่น ดูทีวี ฟังเพลง และจะปรึกษากับย่าเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ

ปัญหาที่ ๔ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (๓๐ มี.ค. ๖๗)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าถ้าเพื่อนที่เคยใช้สารเสพติดมาชวนไม่รู้จะปฏิเสธอย่างไรกลัวเพื่อนโกรธ
: ญาติยังกังวลสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบต้องจัดการเบื้องต้นอย่างไร

: จากการสอบถามผู้ป่วยบอกแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ไม่ครอบคลุม

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อใกล้ถึงวันกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

๑.วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่าย D- METHOD

D- Diagnosis ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด สาเหตุ การป้องกันเสพยาซ้ำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M- Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาดวิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E- Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปเสพยา

T-Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาเสพติด รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและการปรึกษาแพทย์ หรือการมาก่อนนัด

H- Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยาเสพติด

O- Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D- Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรคหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็น

อันตรายต่อสุขภาพ

๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย โดยการถามทวนซ้ำ

ประเมินผลการพยาบาล (๓๐ มี.ค. ๖๗)

ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจคำแนะนำและมีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผู้ป่วยและญาติสามารถมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลได้

๑๐. การวางแผนการจำหน่าย

ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา ๓๗ วัน อาการทั่วไปดีขึ้น ปลอดภัยจากการทำร้ายตนเองและผู้อื่น เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาทางจิตเวช (ผู้ป่วยมีอาการ EPS มีอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัด มีน้ำลายไหล มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia)) และได้รับการรักษาอาการดังกล่าวจนอาการหายเป็นปกติ สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตัวเองได้ดี มีทักษะในการเผชิญปัญหาแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม มีทักษะในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ พร้อมทั้งจะกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โดยมีการร่วมวางแผนการจำหน่ายร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายเพื่อเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน พยาบาลได้วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อกลับไปอยู่บ้านและชุมชน ดังนี้

๑. ยุติการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งที่สนทนากับผู้ป่วย จนถึงระยะสิ้นสุดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพิงพยาบาลและถดถอย

๒. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้วางแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล การจัดการกับกิจวัตรประจำวันในครอบครัวและในสังคมให้เหมาะสมและสมดุลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

๓. ส่งเสริมความเชื่อมั่นการมีคุณค่าในตัวเอง การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจ ไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซึ่งทำให้เกิดอาการทางจิตเวชที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อเหตุรุนแรง แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมาตรวจตามนัดเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๔. วางแผนการจำหน่ายโดยประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว และให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามแผนการจำหน่าย D METHOD รายละเอียดดังต่อไปนี้

D: Diagnosis ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสมองตติยา ผลกระทบจากการใช้กัญชาต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ขั้นตอนการเลิกยา พฤติกรรมที่จะนำไปสู่การก่อความรุนแรง รวมถึงวิธีการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ เน้นย้ำวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เนื่องจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วย ให้อภัย เห็นใจ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาได้อย่างต่อเนื่อง

M: Medicine ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องการใช้ยา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าสังเกตอาการข้างเคียงของยา โดยยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ๑) Risperidone (๒) ๑ tab  pc เข้า + ๑ tab  hs ๒) Trihexyphenidyl (๒) ๑ tab  pc เข้า + ๑ tab  hs ๓) Diazepam (๕) ๑ tab  hs ๔) Depakine CR (๕๐๐) ๑ tab  bid.pc ๕) Clozapine (๕๐) ๑ tab  tid pc เน้นย้ำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่ง ไม่ให้ผู้ผู้ป่วยเพิ่มยาหรือหยุดยาเอง

E: Environment/Economic การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่อาจจะทำให้กลับไปใช้ยาเสพติด ซึ่งตัวกระตุ้นแบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ ๑) ตัวกระตุ้นภายในและ ๒) ตัวกระตุ้นภายนอก ตัวกระตุ้นภายใน คือ อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความเหงา ความเบื่อหน่าย ความรู้สึกกลัว ความโกรธ อารมณ์เศร้า ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการเสพติดคิดว่าเมื่อใช้แล้วทำให้เกิดความสบายใจ ตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ เพื่อนที่เสพยาเสพติดด้วยกัน อุปกรณ์การเสพติด เงิน สถานบันเทิง เป็นต้น และในด้านเศรษฐกิจ พยาบาลดำเนินการช่วยให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการจัดการรายรับ รายจ่ายของตนเองรวมถึงการเก็บออมและการหาอาชีพเสริมที่สามารถเป็นไปได้

T: Treatment อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเป้าหมายของการบำบัดรักษา กระบวนการบำบัดรักษา ข้อปฏิบัติต่างๆ ระหว่างการเข้ารับการบำบัดรักษา การฝึกทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการป้องกันการกลับไปเสพยา เป็นต้น แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไปที่ผิดจากเดิมให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

H: Health อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการกับอารมณ์ทางลบ และทักษะการแก้ปัญหา รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกันในครอบครัว แนะนำและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครอบครัว แนะนำเทคนิคการเรียนรู้วิธีการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน เรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว ทักษะการสื่อสารที่ดีในครอบครัว และสมมุติเหตุการณ์แล้วให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

O: Out patient ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการและรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

D: Diet ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมให้ครบ ๕ หมู่ การรับประทานอาหารตรงตามมือ หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น

๕. การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวถึงการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

๕.๑ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนปกติธรรมดา ไม่แสดงอาการรังเกียจ ดุถูกเหยียดหยาม หรือหวาดกลัวผู้ป่วย

๕.๒ ให้ความรัก ความเข้าใจ เอาใจใส่ผู้ป่วยสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก และรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ ส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

๕.๓ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคม ไม่ควรให้ผู้ป่วยแยกตัวเอง

๕.๔ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานตามศักยภาพของตัวเอง เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และจิตใจ ไม่ให้เกิดเวลาว่างมากเกินไป

๕.๕ ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติด โดยช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากตัวกระตุ้นที่ทำให้อยากใช้ยาเสพติด เพราะจะทำให้อาการทางจิตเวชกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

๕.๖ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้อาการผู้ป่วยจะดีขึ้น ไม่หยุดยาเอง พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

๕.๗ แนะนำการประเมินสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น เสพสารเสพติด หงุดหงิด เดินไปเดินมา ไม่นอน ส่งเสียงดัง ช่มชู่จะทำร้ายคนอื่น ประสาทหลอน พูดจาคนเดียว คิดหาวิธีแวง เป็นต้น เมื่อพบว่ามีสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเพียง ๑ ข้อ ให้แจ้งฝ่ายปกครองหรือบุคลากร สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อการดูแลช่วยเหลือทันที

๖. ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทักษะสังคมกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อเสริมทักษะการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำวางแผนเป้าหมายชีวิตต่อไป แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการและรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ๒ สัปดาห์ ๑ เดือน ๒ เดือน ๓ เดือน ๖ เดือน ๙ เดือน ๑๒ เดือน หรือตามแพทย์นัด

๗. ส่งต่อข้อมูลให้กับเครือข่ายในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เพื่อเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับสู่สังคม

๑๑. การติดตามผล

การติดตามหลังการรักษาเป็นขั้นตอนสุดท้าย เป็นการติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และส่งเสริมกำลังใจ และปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่หันกลับไปเสพยาเสพติดอีก ใช้ระยะเวลาในการติดตาม ๑ ปี ซึ่งวิธีการติดตามสามารถทำได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงได้แก่ การเยี่ยมบ้าน มีโอกาสพบตัว ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติพร้อมกัน สามารถให้การรักษาทันที ส่งเสริมกำลังใจ ช่วยแนะนำ ขจัดปัญหาต่างๆ การติดตามโดยทางอ้อม ได้แก่ การติดตามผ่านบุคคลอื่น ใช้ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถจะเดินทางไปพบหรือไม่ได้ จะมีการติดต่อผ่านบุคคลที่สาม เช่น นายจ้าง ครู ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน กรรมการหมู่บ้าน ผู้บังคับบัญชา หรือญาติพี่น้อง สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยผ่านการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเตรียมการก่อนการรักษา ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตามการรักษา โดยติดตามเป็นระยะๆ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยอยู่ครบกำหนดการบำบัดรักษาและจำหน่ายกลับบ้าน

หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ได้ติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาโดยนัดผู้ป่วยมาติดตามผลที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นตามระบบของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรณีศึกษาครั้งนี้ดำเนินการติดตามโดยพยาบาลผู้ศึกษากรณีศึกษา ดำเนินการประเมินอาการผู้ป่วย และให้พยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาที่ได้ประเมินจากการพบผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน ๒ ครั้งตามแพทย์นัด ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมาติดตามผลที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โดยมาพร้อมกับบิดา และย่าของผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลกรณีศึกษาได้ ทำการประเมินผู้ป่วยโดยประเมินสถานะด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านการใช้ยาและสารเสพติดทุกชนิด ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และจิตใจ ด้านการใช้ชีวิตร่วมกับคนในครอบครัวและชุมชน ด้านการทำงาน ด้านกฎหมาย ด้านการประเมินความเสี่ยง และประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน

ร่วมกันและดำเนินการให้ความช่วยเหลือต่อไป ผลจากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้กัญชา และยาเสพติดประเภทอื่น มีการตรวจ Urine for THC ผลคือ ไม่พบสารเสพติด ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา มีอาการหิวบางวันแต่น้อยลงมาก ผู้ป่วยดูแลสุขภาพร่างกายได้ดี รับประทานอาหารได้มากขึ้นจนทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น อารมณ์ดี ไม่เครียด นอนหลับได้ดี วันละ ๗-๘ ชั่วโมง ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวมากขึ้น โดยเฉพาะกับพ่อ ช่วยงานที่บ้านในการทำสวนได้ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขขึ้นเนื่องจากแฟนกลับมาคืนดี มีความเสี่ยงคือยังมีอาการอยากใช้ยาอยู่บ้างเมื่อมีเวลาว่างและเมื่อพบเจอเพื่อนที่เคยใช้ยาเสพติดด้วยกัน ครอบครัวรู้สึกกังวลใจเนื่องจากผู้ป่วยเคยมีพฤติกรรมรุนแรงและชู้ทำร้ายร่างกายญาติมาก่อน จากการผลประเมินผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลผู้ดูแลกรณีศึกษา ได้ดำเนินการให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วย โดยดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงรายละเอียดของปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งได้เน้นทักษะการป้องกันการเสพติดซ้ำ การจัดการตัวกระตุ้น ทักษะการปฏิเสธ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัว ส่วนครอบครัว พยาบาลได้ทำกลุ่มครอบครัว โดยเน้นให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและเน้นย้ำวิธีการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการผู้ป่วย เน้นย้ำสัญญาณเตือนอาการผิดปกติทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ได้แก่

๑. แยกตัวจากสังคม: เก็บตัวอยู่แต่ในห้องแยกตัวอยู่คนเดียวไม่สูงส่งกับใคร
๒. ประสาทหลอน: อาจมีประสาทหลอนทาง หูตา จมูก ลิ้นหรือสัมผัสทางกาย เช่น ได้ยินเสียงคนพูดวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ซึ่งผู้ป่วยได้ยินเพียงคนเดียว
๓. ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา: มีปัญหาการนอนนอนไม่หลับ ไม่ยอมนอน หลับๆ ตื่นๆ และผุดลุกผุดนั่งไม่ติด เดินไปเดินมา มีพฤติกรรมแปลกๆ
๔. พูดจาคนเดียว: พูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว
๕. ฉุนเฉียวหงุดหงิด: อารมณ์แปรปรวน เดี่ยวดีเดี๋ยวร้ายหงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว
๖. คิดหวาดระแวง: มีอาการหวาดระแวง คิดว่าคนไม่หวังดีนินทาว่าร้าย มีคนคอยติดตามจะทำร้าย ถูกกลั่นแกล้ง

หากพบว่ามีอาการผิดปกติทางจิต ๑ ข้อขึ้นไป ให้แจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพราะอาจมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในระหว่างนี้ญาติต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น

หากพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง ไปพบแพทย์ตามนัด ดูแลชีวิตประจำวันหรือการสร้างบรรยากาศรอบตัวที่เหมาะสม ห่างไกลจากตัวกระตุ้น เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยาเสพติด บรรยากาศแบบเดิมๆ เป็นต้น เพื่อลดอาการกำเริบหรือลดการเสพติด และสัญญาณเตือนการก่อความรุนแรงผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ได้แก่

๑. ชีตข่วนตัวเองเป็นรอยแผล
๒. ช่มชู่จะทำร้ายผู้อื่น
๓. ด่าหยาบคายรุนแรง
๔. ทำร้ายผู้อื่นจนบาดเจ็บ
๕. ทำลายสิ่งของแตกหัก
๖. ขว้างปาข้าวของกระจัดกระจาย
๗. พกพาอาวุธไม่สมเหตุผล

หากพบว่า มีสัญญาณเตือน ๑ ข้อขึ้นไป ให้แจ้งชุดปฏิบัติการตำบล เพื่อประเมินผู้ป่วยและสถานการณ์ พุดจาเกลี้ยกล่อม สงบอาการ หากมีแนวโน้มรุนแรง ให้ประสานศูนย์รับแจ้งเหตุ ๑๖๖๙ และตำรวจ ๑๙๑ เพื่อควบคุมสถานการณ์และให้ช่วยนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านต่อไป ในระหว่างนี้ ญาติต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเก็บอุปกรณ์ของมีคมและอาวุธต่างๆ และไม่ควรพุดจาหรือมีท่าทียั่วเยวผู้ป่วย

หลังจากพยาบาลให้การปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวได้ให้ความร่วมมือดีมาก และพยาบาลดำเนินการนัดผู้ป่วยและครอบครัวในครั้งต่อไป

ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ผู้ป่วยมาติดตามผลที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โดยมากับบิดาและปู่ พยาบาลผู้ดูแลกรณีศึกษาได้ ทำการประเมินผู้ป่วยโดยประเมินสภาวะด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ผลจากการการประเมินผู้ป่วยปฏิเสธการใช้กัญชาและยาเสพติดประเภทอื่น มีการตรวจ Urine for THC ผลคือ ไม่พบสารเสพติด ผู้ป่วยสุขภาพโดยรวมดี รับประทานอาหารและยาได้ตามเวลา ไม่มีอาการหวิวว่ อารมณ์ดี ไม่เครียด สามารถนอนหลับได้และตื่นตอนเช้า และงานบ้านปู่กับย่า และช่วยงานเกษตรกรรมบิดาได้ เวลาง่วงส่วนใหญ่อยู่บ้านกับปู่และไม่ออกไปสังสรรค์ ยังมีความอยากใช้ยา แต่ก็ไม่ได้ไปใช้ยาเพราะคิดว่า ไม่อยากกลับไปเป็นแบบเดิมอีกแล้ว และใช้ทักษะต่างๆที่ได้เรียนจากโรงพยาบาลพบว่าได้ผล โดยเฉพาะทักษะการรู้เท่าทันอารมณ์และการหยุดความคิด ทำให้ตนเองสามารถยับยั้งชั่งใจ ไม่กลับไปใช้ยาเสพติดได้ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น ไม่หงุดหงิดง่ายครอบครัวมีความกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยลดลง เนื่องจากผู้ป่วยสุขภาพดี อารมณ์ดี ไม่หงุดหงิดง่าย ไม่กลับไปใช้ยาเสพติด และช่วยงานได้ดี ความเสี่ยงที่ยังคงพบ คือผู้ป่วยยังมีโอกาสพบเจอเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดด้วยกันในหมู่บ้าน เพราะเพื่อนเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดอาการอยากยา และเพื่อนมักชวนให้ใช้ยาเสพติดด้วย ซึ่งพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวได้ช่วยกันวางแผนแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยการเมื่อผู้ป่วยมีธุระหรือต้องออกจากบ้านผู้ป่วยจะออกจากบ้านและเดินทางพร้อมคนในครอบครัว ไม่ออกไปคนเดียว เพราะถ้าเดินทางไปพร้อมคนในครอบครัวจะทำให้เพื่อนเกรงใจและไม่กล้ามายุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย พยาบาลได้เน้นย้ำในเรื่องทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันกลับไปเสพติดซ้ำ และการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการให้การปรึกษา พบว่าผู้ป่วยสดชื่น และให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษาเป็นอย่างดี พยาบาลได้ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการคงสภาพต่อไปพร้อมทั้งนัดหมายในการติดตาม ตามระบบของโรงพยาบาลต่อไป

บทที่ ๕

สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา ปัญหา/อุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะ

๑. สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัดรายนี้ เป็นผู้ป่วยชาย อายุ ๑๗ ปี สมครใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เนื่องจากหมกมุ่นการใช้กัญชา (สูบ) มีพฤติกรรมถือไม้ขีดธรรอบหมู่บ้าน พุดคนเดียว โวยวาย ก้าวร้าว สลับกับร้องไห้ ถือไม้แกว่งไปมาขณะขีดธรรอบหมู่บ้าน ชูทำร้ายญาติ แพทย์วินิจฉัย Cannabis Dependence induced psychosis with SMI-V

จากการซักประวัติ ผู้ป่วยใช้กัญชา เสพโดยการสูบ ปริมาณ ๕-๖ หลุม/วัน ใช้มานาน ๓ ปี ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ ๑๙ กพ ๖๗ ๓ วันก่อนมา เสพกัญชา ร่วมกับ ต้มสุราขาว และ น้ำต้มใบกระท่อม มีพฤติกรรมถือไม้ขีดธรรอบหมู่บ้าน พุดคนเดียว โวยวาย ก้าวร้าว สลับกับร้องไห้ถือไม้แกว่งไปมาขณะขีดธรรอบหมู่บ้าน ชูทำร้ายญาติ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน นอนพักรักษาตัวที่ รพ.สีชมพู ตั้งแต่วันที่ ๑๙-๒๑ ก.พ.๒๕๖๗ แล้วประสานส่งมารักษาต่อที่ รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในระหว่างการบำบัดรักษา ผู้ป่วยไม่ค่อยสบายเวลาสนทนา แยกตัว หวาดระแวงว่ามีคนจะทำร้าย เดินไปมา ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น และเริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าว ตั้งแต่วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๖๗ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ประเมิน OAS คะแนนเท่ากับ ๑- ๒ คะแนน แพทย์มีแผนการรักษาให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบลงที่หอผู้ป่วย หลังจากได้รับยา Hadol ๕ mg IM + Valium ๑๐ mg IV และจัดผู้ป่วยให้อยู่ในห้องแยกสังเกตอาการ และห้องนิเวศน์บำบัด เพื่อจำกัดพฤติกรรมและสามารถระบายอารมณ์ในสถานที่เหมาะสม หลังจากได้รับยาผู้ป่วยมีอาการสงบลง

จากการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยโดยนำแนวคิดแบบแผนสุขภาพ มาเป็นแนวคิดในการประเมิน กำหนดปัญหาและให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยมีข้อวินิจฉัย ดังต่อไปนี้

๑. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง

๒. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

๓. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากได้รับยารักษาอาการทางจิต

๔. เกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาต้านอาการทางจิตเวช

๕. การควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ

๖. สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวบกพร่อง

๗. ขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ

๘. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

๙ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเป็นขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ในระยะแรกถอนพิษยาผู้ป่วยผู้ป่วยรายนี้มีพฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด มีความคิด

หมกมุ่นกับปัญหาของตนเอง เมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยมักจะไม่พูดคุยกับคนในครอบครัว ขณะอยู่บำบัดรักษาหน้าตาไม่สดชื่น ไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ของหอผู้ป่วย ปฏิเสธการร่วมกิจกรรมกลุ่ม ขาดความไว้วางใจผู้อื่น ต้องอยู่ในห้องแยกเป็นส่วนใหญ่ และผู้ป่วยแก้ไข้ปัญหาหรือเผชิญปัญหาไม่ถูกต้อง การพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้เน้นการสร้างควมไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ให้การปรึกษาโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และระบายอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยการนำหลักนิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) มาใช้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้สามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจ และให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเกิดปัญหาและต้องการความช่วยเหลือและเริ่มรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการกับปัญหา มีความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาได้ สามารถเผชิญกับปัญหาได้ ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรม ให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ โดยทีมสหวิชาชีพ มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา การมีกิจกรรมทางเลือก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ร่วมกับการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำ จากการประเมินพยาบาลจึงได้นำหลักการที่สำคัญของหลักการนิเวศ(Milieu Therapy) บำบัดมาใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลมาใช้กับผู้ป่วยรายนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัยและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแก้ไข้ปัญหาต่างๆ เพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเดิมได้

ผลการบำบัดรักษาในขั้นตอนดังกล่าว คือ ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นมากขึ้นและสามารถแก้ไข้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำตลอดระยะเวลาการเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นการบำบัดรักษาในขั้นตอนถอนพิษยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านทั้งผู้ป่วย ญาติและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รวมระยะเวลาการบำบัดรักษา จำนวน ๓๗ วัน หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วเป็นขั้นติดตามผลการรักษา พยาบาลได้ดำเนินการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา โดยนัดผู้ป่วยมาติดตามผลที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ผู้ป่วยมาตามนัดพร้อมบิดา จำนวน ๒ ครั้ง ผลการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น รับประทานอาหารได้ดี รับประทานยาตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีความคิด ความอยากเสพยาแต่สามารถรู้เท่าทันอารมณ์และสามารถจัดการกับความคิด ความอยากเสพยาได้ ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้ไม่ค่อยหงุดหงิดฉุนเฉียวเหมือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยช่วยปู่กับย่าทำงานบ้านขับรถไปส่งปู่ไปทำงานและทำธุระในตัวเอง และช่วยบิดาทำเกษตรกรรม สัมพันธภาพระหว่างบิดาดีขึ้น ที่บ้านของผู้ป่วยไม่มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกัน สื่อสารกันดีขึ้น ผลการตรวจสารเสพติดคือ ไม่พบสารเสพติดทั้ง ๒ ครั้ง และผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ

๒. วิเคราะห์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายนี้ใช้กัญชามานาน ร่วมกับดื่มสุรา และน้ำกระท่อม ในช่วงเวลา๑สัปดาห์จนทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาในระยะถอนพิษยาเป็นสิ่งที่สำคัญมากเนื่องจากผู้ป่วยหยุดกัญชา และมีภาวะก้าวร้าว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง สังเกต และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถรายงานแพทย์ได้ทันทั่วทั้งเมื่อมี

อาการเปลี่ยนแปลง จึงจะทำให้ได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยผ่านการถอนพิษยาได้อย่างปลอดภัยและลดอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ต้องทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบนานเพียงพอ เพราะการติดกัญชาต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษา อาจต้องเข้ารับการบำบัดหลายครั้ง พยาบาลต้องให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาล และนำทฤษฎี หรือรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมาใช้ นอกจากนี้การให้ความรู้และคำแนะนำในการลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย และที่สำคัญคือการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ เนื่องจากในระยะแรกผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้จึงใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการหลักการนิเวศบำบัด (Milieu Therapy) โดยหลักการนิเวศบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัยและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเดิมได้ ได้แก่ การจัดสถานที่ ควรจัดให้มีสภาพแวดล้อมและบรรยากาศเพื่อการบำบัดรักษา บุคลากร บุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษาที่สำคัญได้แก่ จิตแพทย์พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งจะได้มีความชำนาญแตกต่างกันไป ควรเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่มีความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ เพื่อจะได้มีความเข้าใจผู้ใช้บริการ มีท่าที ทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย และการจัดกิจกรรมบำบัด จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง และส่งเสริมผู้ป่วยให้พัฒนาทักษะทางสังคม เพราะกิจกรรมทำให้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

การดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม นอกจากการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางยาเสพติด เพิ่มทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมและลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอันก่อให้เกิดความรุนแรงแล้ว สิ่งสำคัญคือการประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ฝ่ายปกครอง และตำรวจ เพื่อส่งต่อข้อมูล ตลอดจนช่วยดูแล เฝ้าระวังพฤติกรรม และติดตามเข้าสู่การรักษาเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรง เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมความรุนแรงซ้ำ และให้ได้รับความปลอดภัยสูงสุดทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม

๓. ปัญหา/อุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา

ผู้ป่วยเสพติดกัญชา มีโอกาสเกิดการเสพติดซ้ำและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ แนวทางการแก้ไข พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงควรตระหนักและเน้นย้ำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะการควบคุมตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าวจนอาจก่อความรุนแรงได้ รวมถึงการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ชุมชนเป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในระยะยาวต่อไป

๔. ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำทั้งทำร้ายบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลในชุมชนซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้อื่นเป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรงควรตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว พยาบาลต้องมีความรู้ประสบการณ์รอบด้านเนื่องจากเป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มนี้ โดยเฉพาะเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมได้

๒. ควรมีการถอดบทเรียนและซ่อมแนวทางการประเมินผู้ป่วยกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง การดูแลช่วยเหลือในกรณีผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

ด้านวิชาการ

๑. ควรมีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง

๒. จากการศึกษารายกรณีพบว่าการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวโดยการรักษาด้วยยาสามารถลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ระดับหนึ่ง แต่ยังพบว่าแม้ว่าผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาสงบลงยังสามารถเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้อีกเมื่อได้รับการกระตุ้นต่างๆ ในทางลบ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมลดพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นสาเหตุในเชิงลึกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้อย่างต่อเนื่องระยะยาว

ด้านนโยบาย

๑. ควรมีการนำผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในหอผู้ป่วยให้เป็นรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการพยาบาล

๒. ควรมีการออกแบบระบบการดูแลและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่และมีความครอบคลุมทุกหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (๒๕๖๓). คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์. http://cannabis.fda.moph.go.th/wp-content/uploads/PDF/manual/February_๒๐๒๐/Guidance-Updated-v-๔_update-๒๐๒๐๑๒๐-cover.pdf
- กรมการแพทย์. (๒๕๖๖). แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสำหรับศูนย์คัดกรองสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด. พรอสเพอริสพลัส.
- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๓). แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด(ฉบับทดลองใช้)(พิมพ์ครั้งที่๑). พรอสเพอริสพลัส.
<http://mhtech.dmh.moph.go.th/fileupload/๒๐๒๑๐๔๑๙๑๖๗๖๒๖๘๐๐๒.pdf>.
- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๔). คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช. พรอสเพอริสพลัส.
- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๕). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ ๒๕๖๕. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. <https://dmh.go.th/ebook/files.pdf>.
- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๖). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. ปิยอนด์พับลิชชิง.
- ชาญชัย ธงพานิช. (๒๕๖๒). การบำบัดรักษาผู้ติดกัญชา. วารสารกรมการแพทย์. ๔๔(๑).
- ชิดชนก โอภาสวัฒนา. (๒๕๖๓). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล. พรอสเพอริสพลัส
<http://www.mhso.dmh.go.th/fileupload/๒๐๒๐๑๐๐๖๑๖๑๒๑๖๗๓๔๐.pdf>
- ณรงค์ ศิลปศรารุณ และ นันทา ชัยพิชิตพันธ์. (๒๕๖๒). ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยยาเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. วารสารกรมการแพทย์, ๕๕(๑), ๑๒-๒๐.
- ธนพล นิยมสมบูรณ์. (๒๕๖๓). พิษวิทยาของกัญชา. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. ๓๐(๒), ๑๒๕-๑๓๖.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (๒๕๖๑). การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด. สำนักพิมพ์กาเกะเยีย.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, วรานิษฐ์ ลำไย, เชษฐ รัชดาพรรณธัญกุล, ชัยสิริ อังกรวรรณนท์, นิสาชล เดชเกรียงไกรกุล และ Jürgen Rehm. (๒๕๖๕). การวิจัยประเมินผลกระทบจากนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ระยะที่ ๑. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/๑๑๒๒๘/๕๓๔๘?locale-attribute=th>
- พรศิริ พันธสี. (๒๕๖๒). กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ:การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่๔): คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒. (๒๕๖๒). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๑๙ ก ลงวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒.
http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/๒๕๖๒/ A/๐๑๙/T_๐๐๐๑.PDF
<http://he๐๒.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/๒๕๖๘๘๘/๑๖๗๘๔๗>

- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (๒๕๕๘). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ ๔). ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และโชษิตา ภาวสุทธิไพลี. (๒๕๖๑). ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. ๑๒(๑), ๗๑-๙๔.
- รัศมน กัลยาศิริ. (๒๕๖๑). *การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ ๑). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัศมน กัลยาศิริ. (๒๕๖๒). *สารกระตุ้นประสาท (stimulants)*. โอเดียกรุ๊ปปริ้นตังแอนด์แอดเวิร์ไทซิง.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. (๒๕๖๕). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔. <https://tyrkk.go.th/new/patient-statistics/>
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. (๒๕๖๖). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. <https://tyrkk.go.th/new/research/>
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. (๒๕๖๖). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕. <https://tyrkk.go.th/new/patient-statistics/>
- ลำซำ ลักษณะนิชนชัย. (๒๕๖๕). *คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาการเสพติดกัญชา Cannabis Use Disorder (CUD)*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- <http://www.pmnidat.go.th/.../dow.../handbook/๖๕/cannabis.pdf>
- วินัย วนานุกุล, ภาสกร ชัยวานิชศิริ, สราวุธ บุญชัยพานิชวัฒนา, ลำซำ ลักษณะนิชนชัย และนันทา ชัยพิชิตพันธ์. (๒๕๖๓). *เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด*. เดอะกราฟิกซิสเต็ม.
- วีณา เจียบนา. (๒๕๕๗). *การพยาบาลจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ ๑). ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- สถาบันธัญญารักษ์. (๒๕๕๓). *หลักสูตรบริการเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment)*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (๒๕๖๖). *สถิติผู้เสพสารเสพติด ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖*. <http://www.pmnidat.go.th/thai/>
- สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา. (๒๕๕๓). โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, ๑๘(๒), ๑๐๕-๑๑๒.
- สัมมน โฉมฉาย, จุฬิตา โฉมฉาย. *ภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่น* (พิมพ์ครั้งที่ ๑). โรงพิมพ์เดือนตุลา
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (๒๕๖๔). *รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก*. <http://information.oncb.go.th>.
- สุจิตตา ฤทธิมนตร์, จักรสันต์ เลยหยุด และขวัญสุดา บุญทศ. (๒๕๖๗). พฤติกรรมการใช้กัญชาและผลกระทบจากการใช้กัญชาในเขตบริการสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. ๓๐(๓). ๓๐-๔๑.

- หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, สุพัตรา สุขาวท, ทรงพล โลดทงค์ และจินตนา ลีจ้งเพิ่มพูน. (๒๕๕๙). การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของ พฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, ๖๑(๓), ๒๕๓-๖๖.
- อัจฉราพร สี่ทริณวงศ์ ประภา ยุทธโคโร พวงเพชร เกษรสมุท และวาริรัตน์ ถาน้อย. (๒๕๕๗). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, สายธุรกิจ.
- American Psychiatric Association. (๒๐๑๔). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-๕)*. (Fifth Edition). American Psychiatric Publishing.
- Bloomfield, M. A., Ashok, A. H., Volkow, N. D., & Howes, O. D. (๒๐๑๖). *The effects of Δ^9 -tetrahydrocannabinol on the dopamine system*. ๕๓๙(๗๖๒๙), ๓๖๙-๓๗๗. <https://doi.org/10.10๓๘/nature๒๐๑๕๓>
- Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A., & Vandrey, R. (๒๐๐๔). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *The American Journal of Psychiatry*. ๑๖๑(๑๑), ๑๙๖๗-๑๙๗๗. <https://doi.org/10.1๑๗๖/appi.ajp.๑๖๑.๑๑.๑๙๖๗>.
- Bushman, B. J. (๒๐๐๒). Does venting anger feed or quell it? *Journal of Personality and Social Psychology*, ๘๓(๒), ๓๖๑-๓๗๔.
- Filbey, F. M., Aslan, S., Calhoun, V. D., Spence, J. S., Damaraju, E., Caprihan, A., & Segall, J. (๒๐๑๔). Long-term effects of marijuana use on the brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. ๑๑๑(๔๗), ๑๖๙๑๓-๑๖๙๑๘. <https://doi.org/10.1๐๗๓/pnas.๑๔๑๕๒๙๗๑๑๑>
- Gunderson, V. M. (๑๙๘๓). Development of cross-modal recognition in infant pigtail monkeys (*Macaca nemestrina*). *Developmental Psychology*. ๑๙(๓), ๓๙๘-๔๐๔. <https://doi.org/10.1๐๓๗/๐๐๑๒-๑๖๔๙.๑๙.๓.๓๙๘>
- Katzung, B., Masters, S., and Trevor, A. (๒๐๑๕) *Basic and Clinical Pharmacology*. ๑๓th Edition, McGraw Hill Education Publishers.
- Lapoint, J.M., Hoffmann, R.S., Howland, M.A., Lewin, N.A., Nelson, L.S. & Goldfrank, L.R. (๒๐๑๕). *Cannabinoids. Goldfrank's Toxicologic Emergencies*. (๑๐th ed). McGraw-Hill Education; ๑๐๔๒-๑๐๔๓.
- Rocchetti, M., Crescini, A., Borgwardt, S., Caverzasi, E., Politi, P., Atakan, Z., ... & Fusar-Poli, P. (๒๐๑๓). Long-term effects of cannabis on brain structure. *Neuropsychopharmacology*. ๓๘(๙), ๑๗๙๖-๑๘๐๔. <https://doi.org/10.1๐๓๘/npp.๒๐๑๓.๘๖>
- Stuart, G.W. and Laraia, M.T. (๒๐๐๕) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. ๘th Edition, Mosby, Inc., St. Louis.
- Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., ... & Baler, R. (๒๐๑๖). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*. ๗๓(๓), ๒๙๒-๒๙๗. <https://doi.org/10.1๐๐๑/jamapsychiatry.๒๐๑๕.๓๒๗๘>

- Wason Kristin et al. (၂၀၂၁). Addiction Nursing Competencies: A Comprehensive Toolkit for the Addictions Nurse. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. ၃၁(၈), ၄၅၄-၄၆၈.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (၂၀၁၈). *World Drug Report ၂၀၁၈*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-၂၀၁၈.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (၂၀၂၂). *World Drug Report ၂၀၂၂*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-၂၀၂၂.html>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ยาและผลข้างเคียงของยา

๑. Haloperidol

ข้อบ่งใช้: เป็นยาที่นำมาใช้รักษาโรคทางจิตหรืออารมณ์ เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคจิตอารมณ์ (schizoaffective disorder) และกลุ่มอาการทูเรตต์ (tourette Syndrome) เป็นต้น โดยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลน้อยลง สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ รวมไปถึงอาจช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะทำร้ายตัวเอง ช่วยลดความก้าวร้าว ความอยากทำร้ายผู้อื่น ความคิดในแง่ลบ และอาการหลอน

การออกฤทธิ์: มีฤทธิ์ยับยั้งตัวรับโดปามีน ชนิดดี ๑ และดี ๒ ที่บริเวณโพสไซแนปติก (postsynaptic dopamine D₁ / D₂ receptor) ในสมองส่วนมีโซลิมบิก และลดการปลดปล่อยฮอร์โมนจากสมองส่วนไฮโปทาลามัสและสมองส่วนไฮโปฟิเซียล ทำให้เกิดภาวะสงบ

ผลข้างเคียง: เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้จากการใช้ยา (tardive dyskinesia) กลุ่มอาการ extrapyramidal (ภาวะวิตกกังวล ง่วงซึม ชีพจรเร็ว เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็วชั่วคราว ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เม็ดเลือดขาวต่ำ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะขัด อาการอันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ กลุ่มอาการ neuroleptic malignant syndrome อาการแพ้รุนแรง ได้แก่ ลมพิษ ผื่น หายใจลำบาก แน่นหน้าอก ปากบวม ริมฝีปากบวม หน้าหรือลิ้นบวม การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป หรือเห็นภาพไม่ชัด เจ็บหน้าอก สับสน

๒. Risperidone

ข้อบ่งใช้: เป็นยาในกลุ่มรักษาอาการทางจิต (Antipsychotic) ทำงานโดยปรับปริมาณของสารส่งผ่านประสาทในสมองที่ไม่สมดุล ที่อาจเกิดจากโรคต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคไบโพลาร์ และโรคออทิซึม รวมไปถึงใช้รักษาปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ

กลไกการออกฤทธิ์: กลไกการออกฤทธิ์ของยาริสเพอริโดนคือ ตัวยาจะออกฤทธิ์โดยเข้าจับกับตัวรับในสมองที่มีชื่อว่า Dopamine receptor และ Serotonin receptor และเกิดการเปลี่ยนแปลงสมดุลทางเคมีต่างๆในลักษณะของการต้านการทำงาน (Antagonist) ที่ผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้อง คือ Dopamine และ Serotonin จนมีฤทธิ์การรักษาตามสรรพคุณ

ผลข้างเคียง: ผลข้างเคียงเล็กน้อย เช่น ปากแห้ง ปวดหัว เจ็บคอ ท้องเสีย น้ำหนักขึ้นหรือ่วงซึม อาจไม่จำเป็นต้องใช้การรักษาทางการแพทย์ เพราะเมื่อร่างกายคุ้นชินกับตัวยาแล้ว อาการอาจหายไปเอง

ผลข้างเคียงที่ต้องปรึกษาแพทย์ มีอาการดังต่อไปนี้ คั่นหรือมีผื่นผิวหนัง เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย ไม่ยอมอยู่กับที่ อยู่หนึ่งไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว วิตกกังวล หน้าตาไม่แสดงอารมณ์ เห็นภาพไม่ชัดหรือการมองเห็นเปลี่ยนไป ไม่สามารถยับยั้งหรือเคลื่อนไหวดวงตาได้ มีปัญหากับการนอน พูดหรือกลืน มีปัญหากับการปัสสาวะหรือปัสสาวะมากผิดปกติ มีปัญหากับการจดจำ นิ้วสั่น มือสั่น แขนหรือขาเมื่อยล้าหรือไม่มีแรง มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก บริเวณ หลัง คอและใบหน้า หรือกระตุกเมื่อเคลื่อนไหว สูญเสียการทรงตัว

๓. Trihexyphenidyl

ข้อบ่งใช้ : ใช้ควบคุม Extra-Pyramidal Symptoms (EPS) ซึ่งมีลักษณะคืออาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (dystonia) อาการกระวนกระวาย ไม่หยุดนิ่ง (akathisia) การเคลื่อนไหวแบบผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (parkinsonism) และความผิดปกติการเคลื่อนไหวของริมฝีปากและลิ้น (tardive dyskinesia) EPS เกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านโรคจิต

กลไกการออกฤทธิ์ : ออกฤทธิ์ในการยับยั้งระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (parasympathetics) ของร่างกาย ส่งผลในการปรับสมดุลใหม่ของสารสื่อประสาทที่เหมาะสม ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ acetylcholine ทำให้ acetylcholine ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้

ผลข้างเคียง: วิงเวียน คลื่นไส้เล็กน้อย กระสับกระส่าย

๔. Sodium valproate (Depakine)

ข้อบ่งใช้: ใช้บรรเทาอาการโรคลมชัก รักษาความผิดปกติทางอารมณ์อย่างภาวะแมเนีย (Mania) ในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ และป้องกันอาการปวดหัวไมเกรน โดยกลไกของยาจะช่วยปรับสมดุลของสารเคมีในสมองให้อยู่ในระดับปกติ ยานี้อาจอยู่ในรูปของ Sodium และ Semisodium ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ที่คล้ายคลึงกัน เพียงแต่ใช้รักษาโรคที่ต่างกันออกไป นอกจากนี้ แพทย์อาจใช้ยานี้รักษาโรคอื่น ๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์

กลไกการออกฤทธิ์: ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ที่ทำลายสารสื่อประสาท GABA (Gamma-aminobutyric acid) ในสมองที่มีชื่อว่า GABA transaminase ผลจากการทำลายสารสื่อประสาทนี้ทำให้ปริมาณสารสื่อประสาท GABA ในสมองสูงขึ้น และปิดช่องทางขนส่งโซเดียม (Na⁺) ที่มีชื่อว่า Voltage-dependent sodium channels ส่งผลให้การส่งกระแสประสาทภายในสมองลดลง ทำให้ไม่เกิดอาการชัก

ผลข้างเคียง: ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: สั่น อ่อนแรง มองเห็นภาพซ้อน (diplopia) ตามัว/มองภาพไม่ชัด น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น สัน เวียนศีรษะ ตากระตุก กล้ามเนื้อเสียการทรงตัว ผม่ว ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ท้องอืด เบื่ออาหาร ผลต่อระบบเลือด ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Trombocytopenia)

๕. Diazepam

ข้อบ่งใช้: ใช้เป็นยาลดความวิตกกังวล สงบประสาท ทำให้หลับ และควบคุมอาการชักแบบ status epilepticus (ชักทั้งตัวอย่างต่อเนื่องนานมากกว่า ๕ นาที)

กลไกการออกฤทธิ์: เป็นยาในกลุ่ม benzodiazepines ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง โดยเป็น agonist ที่ benzodiazepine receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ GABA receptor และ chloride channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้ GABA receptor ทำงานได้มากขึ้น ส่งผลให้ chloride channel เปิด ยอมให้ chloride ions เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิดภาวะ Hyperpolarization และยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้ลดความวิตกกังวล ง่วงหลับ อาการชักลดลงและคลายกล้ามเนื้อ

ผลข้างเคียง: ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ อาจก่อให้เกิดการสลับ ง่วงซึม กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการล้า สับสน ซึมเศร้า วิงเวียนศีรษะ รบกวนการมองเห็น อาการสั่นกระตุก หายใจ และปัสสาวะคั่งมากขึ้น เกิดภาวะ Hyperpolarization และยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้ลดความวิตกกังวล ง่วงหลับ อาการชักลดลงและคลายกล้ามเนื้อ

๖. Clozapine

ข้อบ่งใช้: รักษา schizophrenia มีข้อบ่งใช้เฉพาะในรายที่ป่วยรุนแรง และใช้ยารักษาอาการทางจิตตัวอื่นไม่ได้ผล หรือใช้กับผู้ป่วยที่ทนต่อผลข้างเคียงของยาเหล่านั้นไม่ได้ ทำให้อาการของ schizophrenia ที่แบบ positive และ negative symptoms ดีขึ้น เนื่องจากการใช้ยา clozapine จะเสี่ยงต่อการเกิด agranulocytosis และ seizure ได้ ผู้ป่วยควรจะใช้ยารักษาอาการทางจิต แบบดั้งเดิม ตัวอื่นมาก่อน อย่างน้อย ๒ ชนิดที่ต่างกลุ่มกันก่อนที่จะใช้ clozapine

กลไกการออกฤทธิ์: ออกฤทธิ์ที่ dopamine receptors ในสมองส่วน limbic มักจะรบกวนการจับของ dopamine ทั้งที่ D₁ และ D₂ receptors น้อยกว่า และมีความสมดุลง่ายกว่า ยาด้านโรคจิต รุนแรงกว่า นอกจากนี้ยังจับกับ receptors อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ dopamine เช่น alphaadrenergic serotonin , histamine และ cholinergic clozapine ไม่ได้ ออกฤทธิ์เด่น ในการจับกับ dopamine receptor ที่ tuberoinfundibular tract จึงทำให้ ไม่มีผลหรือมีผลเพียงเล็กน้อยต่อระดับของ prolactin ในซีรัม

ผลข้างเคียง: อาการที่พบได้บ่อย ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการหัวใจเต้นเร็ว และเต้นไม่สม่ำเสมอ (tachycardia) ความดันเลือดต่ำ ขณะยืน (orthostatic hypotension) มีอาการมึนงง หรือ เป็นลม มีไข้

หมายเหตุ

: อาจลดผลของยาต่อหัวใจและหลอดเลือดโดยการค่อยๆ เพิ่มขนาดยาทีละน้อย

: อาการไข้มักจะพบได้ในระยะ ๓ สัปดาห์แรกที่รักษาและไม่อันตราย อาจสัมพันธ์กับเม็ดเลือดขาวที่สูงขึ้น หรือต่ำลง ซึ่งต้องพิจารณาว่าไม่ได้เกิดจากภาวะ agranulocytosis หากผู้ป่วยมีไข้สูงร่วมกับระบบอัตโนมัติเปลี่ยนแปลง ให้นึกถึงโอกาสการเกิด neuroleptic malignance syndrome (NMS)

๗. Fluoxetine

ข้อบ่งใช้: มีฤทธิ์ในการรักษาโรคซึมเศร้าและอาการในกลุ่มโรควิตกกังวล

- โรคซึมเศร้า ที่ขนาด ๒๐-๖๐ mg/day
- โรคย้ำคิดย้ำทำ ที่ขนาด ๖๐-๘๐ mg/day
- Premenstrual Dysphoric Disorder (อาการทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการมีประจำเดือน) ที่ขนาด ๒๐-๖๐ mg/day
- GAD หรือ Anxiety Disorder อื่นๆ ที่ขนาด ๒๐-๖๐ mg/day
- ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุควรเริ่มต้นให้ในขนาดครึ่งของที่แนะนำสำหรับแต่ละโรค
- ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรควรงดการให้ยา

กลไกการออกฤทธิ์: ออกฤทธิ์ยับยั้งการนำ serotonin ที่หลั่งออกมากลับเข้าไปในเซลล์ประสาทอีกครั้ง

ทำให้มีปริมาณ Serotonin ในช่องว่างระหว่างเซลล์ประสาทมากขึ้นนานขึ้นช่วยทำให้ระดับ Serotonin สูงขึ้น

ผลข้างเคียง: อาการข้างเคียงสำคัญของยานี้ ได้แก่ คลื่นไส้ ง่วงซึม หรืออาจจะนอนในหลับ ลดเรงกำหนดทางเพศ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย สัน นกเขาไม่ขัน เหงื่อไหลมาก หูอื้อ อาการเหมือน ไข้หวัด ความผิดปกติในการมองเห็น ผื่น คัน ปวดท้อง น้ำหนักลดลง ผื่นปกติ คื่นแปลก ๆ ปวดเส้นหน้าอก และอื่น ๆ เช่น มีความคิดอยากฆ่าตัวด้วย เป็นต้น อาการที่พบน้อย แต่รุนแรง เช่น อาการแพ้ ผื่นร่วง ปวดแน่นหน้าอก หัวใจเส้นผิดปกติ หอบ ต้อกระจก หัวใจล้มเหลว ดีซ่านจากการยับยั้งการไหลของน้ำดี ไตวาย StevenJohnson Syndrome

[illegible]

แบบคัดกรอง ASSIST โรงพยาบาลรัฐธนบุรีขอนแก่น															
ชื่อ - นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี HN.....															
หอผู้ป่วย.....วัน เดือน ปีที่ประเมิน															
N	ข้อคำถาม	คำตอบ	บุหรี	สุรา	กัญชา	ยาบ้า/เฮโรอีน	สารระเหย	ใบกระท่อม	สารผสมน้ำดื่มใบกระท่อม	ฝิ่น/เฮโรอีน	ยาแก้ลมประสาท/ยานอนหลับ	(ชาแนล/วาเลียม/โดมิแกม)	ยาหลอนประสาท (LSD, PCP, ...)	โคเคน	อื่นๆ (ระบุ).....
	มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ครอบครัวยั่งยืน	๔ = มี ๑-๒ ครั้ง	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔	๔
	กฎหมายหรือการเงิน บ่อยครั้งเพียงใด	๕ = ทุกเดือน	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕
		๖ = ทุกสัปดาห์	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖
		๗ = ทุกวัน/เกือบทุกวัน	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗
๕	ใน ๓ เดือนที่ผ่านมาการใช้สารเหล่านี้ ทำให้คุณ	๐ = ไม่ใช้		๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
	ไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะทำได้ตามปกติ	๕ = ใช้ ๑-๒ ครั้ง		๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕	๕
	บ่อยครั้งเพียงใด	๖ = ทุกเดือน		๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖
		๗ = ทุกสัปดาห์		๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗	๗
		๘ = ทุกวัน/เกือบทุกวัน		๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘	๘
๖	ในชีวิตของคุณเพื่อนฝูง ญาติ หรือคนอื่น	๐ = ไม่เคย	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
	เคยแสดงความเป็นห่วงเกี่ยวกับการใช้	๖ = เคยใน ๓ เดือนที่ผ่านมา	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖
	สารเสพติดเหล่านี้ของคุณหรือไม่	๓ = เคยก่อน ๓ เดือนที่ผ่านมา	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
๗	ในชีวิตของคุณเคยพยายามลดหรือหยุดใช้	๐ = ไม่เคย	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
	สารเสพติดเหล่านี้ แต่ไม่ประสบความสำเร็จหรือไม่	๖ = เคยใน ๓ เดือนที่ผ่านมา	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖	๖
		๓ = เคยก่อน ๓ เดือนที่ผ่านมา	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓
รวมคะแนน															
๘	ในชีวิตของคุณเคยฉีดใช้สารใดๆ เหล่านี้หรือไม่	() ไม่เคย () เคย ใน ๓ เดือนที่ผ่านมา () เคย ก่อน ๓ เดือนที่ผ่านมา													
	ถ้าเคยฉีดให้วงกลมล้อมรอบอักษรหมวดสารเสพติดที่เคยฉีดในช่องด้านขวานี้	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L				
		ระดับความเสี่ยง				สุรา			ยาเสพติด						

แบบคัดกรอง ASSIST โรงพยาบาลรัฐธนบุรีขอนแก่น															
ชื่อ - นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี HN.....															
หอผู้ป่วย.....วัน เดือน ปีที่ประเมิน.....															
N O	ข้อความ	คำตอบ	บุหรี	สุรา	กัญชา	ยาบ้า/เฮโรอีน	สารระเหย	ใบกระท่อม	สารผสมน้ำดื่มใบกระท่อม	ฝิ่น/เฮโรอีน	ยากล่อมประสาท/ยานอนหลับ	(ชาแนกซ์/วาเลียม/โดมาม)	ยาหลอนประสาท (LSD, PCP, ...)	โคเคน	อื่นๆ (ระบุ).....
ลงชื่อ.....					ต่ำ	๐ - ๑๐		๐ - ๓							
ผู้ประเมิน					ปานกลาง	๑๑ - ๒๖		๔ - ๒๖							
					สูง	๒๗ ⁺		๒๗ ⁺							

แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ฉบับภาษาไทย ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) (World Health Organization, ๒๐๐๙ แปลเป็นภาษาไทยโดย สานิตรี อักษรณักรชัย และคณะ, ๒๕๕๔a; สานิตรี อักษรณักรชัย และคณะ, ๒๕๕๔b) มีคำถามทั้งหมด ๘ คำถาม โดยแต่ข้อความคำถามจะมีคะแนนระบุ ตามคำตอบแต่ละข้อ โดยคะแนนรวมจะประเมินระดับความเสี่ยง และรูปแบบในการรักษา ดังนี้

คะแนนรวม ๐-๓ คะแนน ระดับความเสี่ยงต่ำ ไม่ต้องให้การบำบัด

คะแนนรวม ๔-๒๖ คะแนน ระดับความเสี่ยงปานกลาง ต้องให้การบำบัดอย่างย่อ

คะแนนรวม มากกว่า ๒๗ คะแนน ระดับความเสี่ยงสูงต้องให้การรักษาอย่างเข้มข้น

๒. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยยาเสพติด

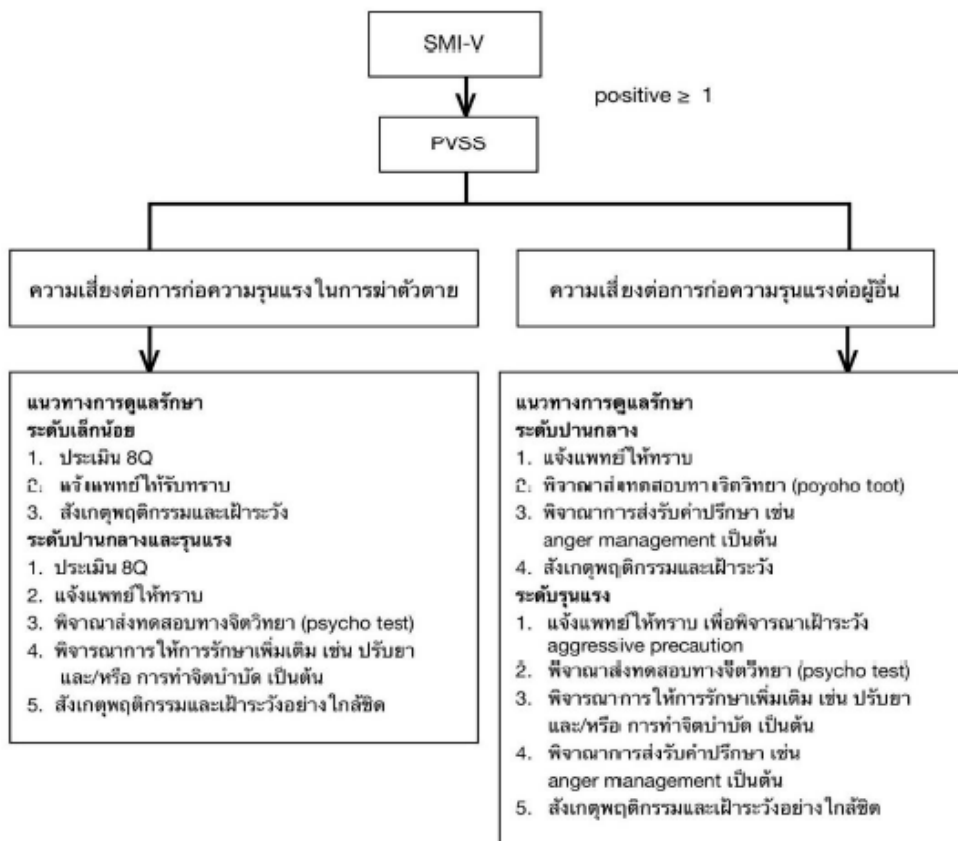
รายละเอียดเครื่องมือ สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยยาเสพติด

เครื่องมือสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ประกอบด้วย 3 เครื่องมือ ได้แก่

1. แบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V Screening Test) (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2559)
2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2559)
3. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS: Overt Aggressive Scale for objective rating of verbal and physical aggression) พัฒนาโดย (Yodofsky, 1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย ตรีนุช ราษฎร์ดุขดี, (2557) อ้างอิงจาก ตรีนุช ราษฎร์ดุขดี, มรยาท รุจิวิชัย, เพ็ญพักตร์ อุทิต. (2557). ผลของโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการสร้างจินตนาการต่อระดับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้เสพสารแอมเฟตามีน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28 (1), 92-114.

โดยแนวทางการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยเครื่องมือ SMI-V, PVSS และ OAS ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปรากฏดัง Flowchart ต่อไปนี้

แนวทางการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงด้วยเครื่องมือ SMI-V, PVSS และ OAS
โรงพยาบาลอภัยภูธร



การติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

1. SMI-V ให้ทำการประเมินในผู้ป่วยที่จะ admit ทุกราย ที่ OPD, บ้านแสงอรุณ และ บ้านตะวันฉาย
2. หาก SMI-V positive ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ให้ประเมิน PVSS ต่อ
3. PVSS จะทำทุก 1 สัปดาห์นับจากการประเมินในวันแรกที่ admit จะหยุดประเมินเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระดับ เล็กน้อย ติดต่อกันตั้งแต่ 2 ครั้ง
4. OAS จะประเมินทันทีเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง และให้ประเมิน PVSS พร้อมกับ OAS เพื่อปรับแนวทางการเฝ้าระวังให้เหมาะสม (ประเมิน PVSS เมื่อผู้ป่วยอยู่สถานะที่ให้ความร่วมมือ)
5. ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถให้ความร่วมมือ เช่น conscious change, delirium tremens, severe aggressive เป็นต้น ให้ลงผลว่า not evaluate due to พร้อมเหตุผลที่ไม่สามารถประเมินได้
6. ในกรณีที่ย้ายตึกให้ประเมิน PVSS ก่อนย้ายเสมอ ยกเว้น กรณีที่การประเมินครั้งสุดท้ายยังไม่เกิน 4 วันและไม่มีเหตุก่อความรุนแรงในเวลาดังกล่าว

แบบคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V Screening Test)

คำชี้แจง: พยาบาลใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ พร้อมหาข้อมูลทั้งปัจจุบันและอดีตที่ได้จากการสังเกตอาการ จากญาติ ผู้ดูแล หรือเอกสารอื่น เช่น ประวัติเดิมจากเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่นำส่ง หนังสือส่งต่อ หรือหนังสือนำส่งจากหน่วยงาน เป็นต้น

ชื่อผู้ป่วย HN วันที่ประเมิน

เกณฑ์ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง พิจารณาจากเกณฑ์ 4 ข้อ ต่อไปนี้

1. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง โดยตั้งใจจะให้เสียชีวิต

พิจารณาจาก ประวัติการฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการที่รุนแรง ตั้งใจจะให้เสียชีวิต และมีโอกาสเสียชีวิตได้มาก วิธีการใดวิธีการหนึ่ง จากการใช้นวคำถาม ดังนี้

..... “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง มุ่งหวังตั้งใจจะให้ตายจริงๆหรือไม่?.....ถ้าตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า..กระทำด้วยวิธีอะไร?”

(ถามให้ครบทุกข้อ และบันทึกตามคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ยิงตัวเองด้วยปืน
- ☐ แขว่นคอ
- ☐ ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย
- ☐ กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู
- ☐ กินยาเกินขนาดฆ่าตัวตาย
- ☐ ใช้มีดหรือของมีคมฟันแทง เอง ปาดตัวเอง
- ☐ ทำให้ตัวเองจมน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้
- ☐ ทำใหยานยนต์ชน หรือทับตาย (เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่นๆที่ถูกกระแทกแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น)
- ☐ ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง
- ☐ ใช้ควันทไฟ เผลวไฟรมตัวเองให้หายใจไม่ออก
- ☐ ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต
- ☐ มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขกหรือกระแทกพื้น ผนัง หรือของแข็ง หรือ ใช้หมอนอุดจมูก เป็นต้น

2. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชน

พิจารณาจาก ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง หรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนด้วยวิธีรุนแรง ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน วิธีการใดวิธีการหนึ่ง จากการใช้นวคำถาม ดังนี้

..... “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่?”

(ถามให้ครบทุกข้อและบันทึกตามคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกาย ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย
- ☐ รัศคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่นจมน้ำ
- ☐ เจตนาชน หรือทับด้วยยานยนต์

- ☐ จิตัวประกัน
- ☐ ปล้นธนาคาร
- ☐ พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคม พร้อมก่อเหตุรุนแรง
- ☐ ขวางปาสิ่งของที่เป็นอันตราย (เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน)
- ☐ อาละวาดทำลายสิ่งของ หรือเผาสิ่งของหรือทรัพย์สินเสียหาย
- ☐ ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์
- ☐ บุกรุกบ้าน เพื่อทำอันตรายผู้อื่น
- ☐ ลวนลาม จับหน้าอก กัน หรืออวัยวะเพศผู้อื่น
- ☐ ทำอนาจาร เปลือยกายหรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ

3. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น

พิจารณาจาก ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วย ที่แสดงออกให้เห็นชัดเจนจากการสังเกต การประเมินอาการทางจิต หรือจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติ หรือผู้นำส่งว่าผู้ป่วยมีอาการหลงผิดแบบหวาดระแวง ว่ามีคนปองร้าย หรือมีความคิดมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจงบุคคลหรือมีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้บาดเจ็บสาหัส หรือเสียชีวิต หรือมีการพกอาวุธไว้เพื่อป้องกันตัวโดยใช้แนวคำถามในการประเมินดังนี้

.....“คุณเคยคิดว่า มีใครบางคนมุ่งร้ายกับคุณ หรือพยายามทำร้ายคุณหรือไม่?..

ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า“แล้วคุณทำอย่างไร?”“บุคคลนั้นเป็นใคร”.....

(ควรตรวจสอบข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลว่า มีบุคคลตามที่ผู้ป่วยบอกจริงหรือไม่ และจะมุ่งร้ายจริงหรือเป็น ความคิดหลงผิดของผู้ป่วย)

.....“คุณเคยคิดว่า ...คุณต้องกำจัดเขาให้ตายไปก่อนที่จะจะมาทำร้ายคุณหรือไม่? หรือ “เพราะเหตุใด คุณถึงพกอาวุธไว้กับตัว”.....

(ถามให้ครบทุกข้อและบันทึกตามคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ มีความคิดจะทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นหวังให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต เช่น ระบุบุคคลที่มุ่งจะทำร้าย
- ☐ หวาดระแวงมีคนจะมาทำร้าย และพกอาวุธไว้กับตัว

4. มีประวัติก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง

พิจารณาจาก ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยมีประวัติตาม ข้อใดข้อหนึ่ง จากการใช้แนวคำถามดังนี้

.....“ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยมีประวัติหรือมีคดีเกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่”

- ☐ ลงมือฆ่าคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต
- ☐ พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต
- ☐ ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น
- ☐ วางเพลิงจมนทรัพย์สินเสียหาย

หมายเหตุ : กรณีนี้ให้พิจารณาหนังสือจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือหนังสือจากศาล เช่น หนังสือลงบันทึกประจำวันของ ตำรวจ หรือหนังสือที่ระบุว่า มีประวัติการถูกฟ้องศาลคดีอาญา

การแปลผล หากพบว่า มีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการ เกิดความรุนแรง

แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสียหายต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย
(Prasri Violence Severity Scale : PVSS)

คำชี้แจง โปรดตามข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และหาข้อมูลแวดล้อม ร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมิน ว่าผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร เพื่อพิจารณาประเมินให้คะแนนตามระดับคะแนนที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด

ชื่อผู้ป่วย HNวันที่ประเมิน.....

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
1	พฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น (> 1 ชนิด)	0	ไม่ได้ใช้	
		1	ใช้แต่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	
		2	ใช้ในปริมาณมากและบ่อยจนไม่สามารถทำงาน หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้	
		3	ใช้ในปริมาณมากและบ่อย จนถึงขั้นติดสุราหรือสารเสพติดนั้น และมีพฤติกรรมรุนแรงต่อคนหรือสิ่งของหลังจากการใช้	
2	ความคิดและการพยายามทำร้ายตนเอง	0	ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ไม่มีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเอง	หมายเหตุ: หากข้อนี้ประเมินได้คะแนน 1-4 โปรดดูการแปลผลเฉพาะของระดับความรุนแรงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง
		1	มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดีกว่า	
		2	ได้วางแผนหรือเตรียมการที่จะทำร้ายตนเองเช่น หาอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฆ่าตัวตายมารวมไว้ พุดสังลา เขียนจดหมาย หรือมอบสมบัติที่มีให้ผู้อื่น	
		3	ได้พยายามทำร้ายตัวเองแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ตาย หรืออาจใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ไม่ทำให้ถึงตาย เช่น กรีดแขน กินยาแก้ปวด หรือกินสารเคมี หรือกินยานอนหลับในปริมาณไม่มาก	
3	การแสดงท่าทางคุกคามข่มขู่ผู้อื่น	0	ไม่มี	
		1	แสดงออกถึงการพูดคำทอด้วยคำรุนแรง ตะโกน แผลเสียง พุดจากลาง คาดโทษ ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือ	
		2	แสดงกิริยาท่าทางที่กำลังจะจูโจม ทำร้ายผู้อื่น ร่วมกับมีอารมณ์โกรธ เช่น กระพือเท้า กำหมัด เดินตรงเข้ามาใกล้ ชี้นิ้ว ดาขวาง หน้าบึ้ง เคลื่อนตัวเข้ามาใกล้ผู้อื่น แต่ยังไม่ลงมือทำร้ายผู้อื่น	
		3	มีการแสดงท่าทางคุกคาม ข่มขู่ผู้อื่นที่ชัดเจนทั้งคำพูดและกิริยาท่าทาง (ทั้งข้อ 1 และ 2)	

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
4	การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมที่หวาดระแวงว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายและไม่เป็นมิตร	0	ไม่มี	
		1	ไม่แน่ใจ เนื่องจากการแสดงออกไม่ชัดเจน แต่ญาติหรือผู้ประเมินสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว	
		2	มีอาการหวาดระแวงชัดเจน ทั้งทางคำพูดและพฤติกรรม แต่ยังไม่ลงมือกระทำรุนแรง เช่น พกอาวุธ หันมองซ้ายขวา ระวังตัวอย่างมาก เป็นต้น	
		3	ต่อสู้หรือจู่โจมเป้าหมายที่หวาดระแวง	
5	พฤติกรรมรุนแรงและการทำร้ายผู้อื่น	0	ไม่มี ทั้งพฤติกรรมและความคิด หรือการวางแผนที่จะทำร้ายผู้อื่น ถ้าตอบ “ไม่มี” ในข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 6-9	
		1	มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายคนอื่น แต่ยังไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นใคร	
		2	มีความคิดหรือพูดถึงแผนที่จะทำร้ายผู้อื่น หรือมีความคิดอยากจะฆ่าคนอื่น จะฆ่าคนอื่น โดยระบุบุคคลใดคนหนึ่ง หรือบอกว่าจะเผาไฟที่ไหน แต่ยังไม่ลงมือทำ	
		3	ลงมือกระทำรุนแรงต่อผู้อื่น หรือเผา หรือทำลายสิ่งของ หรือมีพฤติกรรม ถ้ามอง เล่น หรือโจรวิ้วะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะหรือไม่	
6	เป้าหมายของการกระทำรุนแรง	1	กระทำรุนแรงต่อสิ่งของอย่างเดียว ไม่ได้ทำร้ายผู้อื่น	
		2	กระทำรุนแรงต่อผู้ชาย	
		3	กระทำรุนแรงต่อผู้หญิงหรือเด็ก ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือ ผู้พิการ	
		4	กระทำรุนแรงทั้งต่อสิ่งของ และผู้ชาย ผู้หญิง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือเด็กที่มากกว่า 1 คนขึ้นไป	
7	ส่วนของร่างกายที่ใช้กระทำรุนแรงและอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกับการกระทำรุนแรง	1	ใช้ปากกัด ใช้ศีรษะโขก หรือกระแทก ใช้มือ ผลัก ดบ ตี ต่อย บีบ ผู้อื่น	หมายเหตุ หากประเมินได้ 4 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง
		2	ใช้เข่า เท้า เตะ ถีบ กระแทบ ผู้อื่น แต่ไม่ได้ใช้อาวุธ หรือมีพฤติกรรมถ้ามอง เล่น หรือโจรวิ้วะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ	
		3	ใช้อุปกรณ์ที่ไม่ใช่ของมีคม หรือมีการลวนลามทางเพศ เช่น กอดจูบ จับหน้าอกหรือของสงวนผู้อื่น แต่ยังไม่ข่มขืน	
		4*	ใช้อุปกรณ์ที่เป็นของมีคม หรืออาวุธ เช่น มีด ดาบ ปืน เพื่อทำร้ายผู้อื่น/ หรือตั้งใจเผา วางเพลิงเพื่อสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินและบุคคล /หรือมีการข่มขืนกระทำชำเราผู้อื่น	

ข้อ	ความรุนแรง	คะแนน	ลักษณะพฤติกรรมที่บ่งชี้	คะแนนที่ได้
8	ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำรุนแรง	1	สิ่งของมีการแตกหัก พัง เสียหาย ใช้การไม่ได้ แต่ไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ	*หมายเหตุ หากประเมินได้ 5 คะแนน ให้ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นในระดับสูง
		2	มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีรอย ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก ปวดตามร่างกาย แต่ไม่มีแผล ไม่มีเลือดออกมา	
		3	มีผู้ได้รับบาดเจ็บ มีแผล มีเลือดออก ต้องรับการรักษาจากสถานพยาบาล แบบผู้ป่วยนอกหรือแผนกฉุกเฉิน	
		4	มีผู้ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง มีการเสียเลือด หรือแตกหักของอวัยวะในร่างกายอย่างรุนแรง จนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	
		5*	มีผู้เสียชีวิต	
9	การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจเหยื่อที่เป็นผลจากการกระทำรุนแรง	1	ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกผิด เสียใจจากการกระทำของตน เช่น ร้อง-ไห้ ยอมรับผิด แสดงการขอโทษผู้ได้รับผลจากการกระทำของตน	
		2	ผู้ป่วยไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ชัดเจน ว่าเสียใจหรือโกรธ สีหน้าเฉยเมย ไม่สนใจว่ามีผู้ใดหรือสิ่งใดได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตน	
		3	ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ขาดความเห็นอกเห็นใจผู้ได้รับผลกระทบจากการกระทำรุนแรงของตนอย่างชัดเจน ไม่รู้สึกผิด ยังมียุติธรรมโกรธ หรือพูดถึงความรู้สึกสะใจที่ได้กระทำรุนแรงต่อผู้อื่น	
รวมคะแนน		ภาพรวมความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ สูง ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง (ข้อ2) ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ สูง		

การแปลผล

ภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน

คะแนน 0-5 คะแนน	หมายถึง	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับเล็กน้อย
คะแนน 6-13 คะแนน	หมายถึง	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับปานกลาง
คะแนน 14-32 คะแนน	หมายถึง	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ระดับสูง

การแปลผล เฉพาะของระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในการฆ่าตัวตายที่ได้จากการประเมินคำถามเฉพาะข้อ 2

หากประเมินพบว่าได้คะแนน ≥ 1 ในข้อนี้ ให้ใช้เกณฑ์นี้ในการพิจารณาด้วย

คะแนน 1 คะแนน	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับเล็กน้อย
คะแนน 2-3 คะแนน	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง
คะแนน 4 คะแนน	มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับสูง

ในการรายงานผลการประเมิน ควรรายงานภาพรวมของคะแนนและเกณฑ์ของข้อ 2 ด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจะได้รับการจัดระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อคนอื่นและความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อตนเอง เช่น หากผู้ป่วยได้รับการประเมินคะแนนของข้อ 2 ได้ 3 คะแนน และรวมคะแนนทั้งหมดของข้ออื่น ได้ 5 คะแนน จะแปลผลว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองระดับปานกลาง และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย

๓. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS)

(Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression)

ชื่อผู้ป่วย HN พยาบาล.....

พฤติกรรม	วันที่				
เวลา					
1) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง					
ระดับ 0 ไม่พบ					
ระดับ 1 ไม่พบ					
ระดับ 2 ชีตข่วนผิวหนัง ตัดตนเอง ตีงม โขกศีรษะ กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก					
ระดับ 3 ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอยกรีดลึก เลือดออกหรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในหรือหมดสติ					
2) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก					
ระดับ 0 ไม่พบ					
ระดับ 1 หดหู่ หึง หึงเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธหรือตะโกนคำผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง					
ระดับ 2 คำคำหยาบคาย ใช้คำส่อปรุญรุนแรง/ แสดงท่าคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าตอแย หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลักหรือตีผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ					
ระดับ 3 พยายามจะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉีกเสื้อผ้า ฯลฯ/ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ขีด เลือด บวม เกิดบาดแผล กระตุกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หมดสติ ตาย ฯลฯ					
3) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน					
ระดับ 0 ไม่พบ					
ระดับ 1 ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย					
ระดับ 2 ขว้างปา/ เตะ/ ทิ่ม วัตถุหรือสิ่งของ					
ระดับ 3 ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทิ่มกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ					
รวม					
ผู้ประเมิน					

ยาและการดูแลที่ให้ (ทำเครื่องหมาย ✓)					
ระดับคะแนน 1	1) Diazepam 5-10 mg 1 เม็ด หรือ				
	2) Haloperidol 5 mg 1 เม็ด				
ระดับคะแนน 2	1) Diazepam 10 mg IV หรือ				
	2) Haloperidol 5 mg IM และ/หรือ				
	3) Restraint				
ระดับคะแนน 3	1) Diazepam 10 mg IV เข้าได้ 5-10 mg				
	2) Haloperidol 5 mg IM เข้าได้ 5 mg ทุก 15-30 นาที จนสงบ				
	3) แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งรบกวนและผู้ป่วยอื่น				
	4) Restraint				
ลงชื่อพยาบาล					

๔. แบบประเมินสภาวะการติดยาโคตินของผู้สูบบุหรี่

แบบประเมินระดับการติดยาโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: FTND)

ชื่อผู้ป่วย HN วันที่ประเมิน

คำถาม	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวนต่อวัน	10 มวนหรือน้อยกว่า	11 – 20 มวน	21 – 30 มวน	31 มวน ขึ้นไป
2. คุณมักสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้านานแค่ไหน	มากกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน	31- 60 นาที หลังตื่นนอน	6 -30 นาที หลังตื่นนอน	ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน
3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงเช้าหลังตื่นนอนมากกว่าในช่วงอื่นของวันใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่	-	-
4. บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่อยากจะเลิกมากที่สุด	มวนอื่นๆ	มวนแรกในตอนเช้า	-	-
5. คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น ในโรงพยาบาล รอแม่สี ร้านอาหาร	ไม่รู้สึกยุ่งยาก	รู้สึกยุ่งยาก	-	-
6. คุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่	-	-

การแปลผล	คะแนนรวม	0 – 2 หมายถึง	การติดยาโคตินระดับต่ำ
	คะแนนรวม	3 – 4 หมายถึง	การติดยาโคตินระดับปานกลาง
	คะแนนรวม	5 – 10 หมายถึง	การติดยาโคตินระดับสูง

แบบทดสอบนี้แปลจาก “Fagerstrom Test for Nicotine Dependence” (Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine. 1989;12:159-182.) อ้างอิงจาก เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่, 2553

๕. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

หัวข้อประเมิน	๑. ไม่มีอาการ	๒. มีอาการเล็กน้อยบางครั้ง	๓. มีอาการเล็กน้อย	๔. มีอาการปานกลาง	๕. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	๖. มีอาการรุนแรง	๗. มีอาการรุนแรงมาก
๑. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย							
๒. อาการวิตกกังวล							
๓. การแยกตัวทางอารมณ์							
๔. ความคิดสับสน							
๕. ความรู้สึกผิด							
๖. ความตึงเครียด							
๗. ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ							
๘. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินจริง							
๙. อารมณ์ซึมเศร้า							
๑๐. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร							
๑๑. รู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งทำร้าย							
๑๒. อาการประสาทหลอน							
๑๓. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า							
๑๔. การไม่ร่วมมือ							
๑๕. เนื้อหาความคิดผิดปกติ							
๑๖. การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
๑๗. อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย							
๑๘. อาการไม่รู้เวลาสถานที่							
คะแนนรวม							

ระดับคะแนนที่ให้

- ๑ = ไม่มี
 ๒ = มีขั้นต่ำ
 ๓ = มีเล็กน้อย
 ๔ = มีปานกลาง

- ๕ = มีค่อนข้างรุนแรง
 ๖ = มีรุนแรง
 ๗ = มีรุนแรงมาก

หมายเหตุ คะแนนไม่เกิน ๓๖ คะแนน จึงถือว่าไม่มีอาการทางจิต

๖. แบบคัดกรอง/ประเมินโรคซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (๒Q ๙Q ๘Q)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

	มี	ไม่มี
1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปลผล 2Q

- ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 ข้อ ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1) เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2) ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3) หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4) เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5) เบื่ออาหารหรือกินอาหารมากเกินไป	0	1	2	3
6) รู้สึกไม่คุ้มกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือรอบคอบผิดหวัง	0	1	2	3
7) สมาธิไม่เต็มเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8) พยายามทำอะไรช้าลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9) คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
รวมคะแนน				

การแปลผล 9Q

คะแนน < 7 ไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าวระดับน้อยมาก

คะแนน 7-12 มีอาการของโรคซึมเศร้าวระดับน้อย

คะแนน 13-18 มีอาการของโรคซึมเศร้าวระดับปานกลาง

คะแนน 19 ขึ้นไป มีอาการของโรคซึมเศร้าวระดับรุนแรง

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ข้อ	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้ คิดอยากจะตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)	0	6
	- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้น ได้หรือไม่	ได้	ไม่ได้
	- บอกได้ไหมว่าจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้	0	8
4	ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6	ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
	รวมคะแนน		

การแปลผล 8Q

ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

คะแนน 1-8	หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
คะแนน 9-16	หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
คะแนน 17 ขึ้นไป	หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

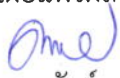
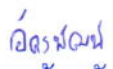
Motivational scale



Craving Scale



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์	
ชื่อ - สกุล :นางสาวดาราวัลย์ พลลาภ..... วัน/เดือน/ปี: สิงหาคม ๒๕๖๘ หัวข้อ: ... กรณีศึกษา “กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรงในระยะบำบัดด้วยยาด้วยหลักการนิเวศบำบัด” รายละเอียดข้อมูล ตามเอกแนบ Linkภายนอก (ถ้ามี): หมายเหตุ:	
ผู้ขอเผยแพร่ผลงาน  (.....นางสาวดาราวัลย์ พลลาภ.....) ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ผู้อนุมัติรับรอง  เดช.รพ.ภว (.....(นายอัศรพัฒน์ เตชะราชกุล).....) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (.....(นายณัฐพล ประชุมแสน).....) ตำแหน่ง.....หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	

คำอธิบายแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข

หัวข้อ	คำอธิบาย
หน่วยงาน	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล
วัน/เดือน/ปี	วันเดือนปีที่ขอนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่
หัวข้อ	กำหนดหัวข้อที่จะนำขึ้นเผยแพร่โดยให้มีความสำคัญที่มาจากเนื้อหาที่มีความยาวไม่เกิน ๒ บรรทัด
รายละเอียดข้อมูล	เลือกใช้คำอธิบาย/คำบรรยายที่มีความกระชับใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสะกดคำให้ถูกต้องตามอักขระวิธีเหมาะสมกับลักษณะรูปแบบข้อมูลแต่ละชนิด
Link ภายนอก	ให้ระบุ Link ที่อ้างอิงหรือนำมาใช้ในการเผยแพร่
หมายเหตุ	ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (ผู้รายงาน)	ระบุลงลายมือชื่อหรือชื่อของผู้รับผิดชอบที่ได้มอบหมายจากหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน
ผู้อนุมัติรับรอง	ระบุลงลายมือชื่อของหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (Web Master)	ระบุลงลายมือชื่อผู้ทำการ Upload ข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข