

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจาก
การใช้สารเสพติด: กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลระนอง

Nursing care of patients with aggressive behavior and at high risk
of committing violence from substance use :

2 case studies in Ranong Hospital

ปิยาภรณ์ อินทรา

Piyaporn Intra

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง

(Received: November 10, 2024; Accepted: December 11, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด 2 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลระนอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบประเมินการคัดกรองรายโรคทางจิตเวช แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรค แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงการรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด 2 ราย รายที่ 1 เพศชาย อายุ 32 ปี อาการสำคัญ 3 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ทำร้ายร่างกายภรรยา ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Multiple Substance Induced Psychosis Disorder รายที่ 2 เพศชาย อายุ 26 ปี อาการสำคัญ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเดินแก้ม้าพูดคนเดียวทำร้ายตนเองโดยการตบหน้า ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Multiple Substance Induced Psychosis Disorder

การศึกษานี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติดระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะช่วยลดภาวะการก่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยครอบครัว และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในชุมชน เป็นหัวใจสำคัญของการให้พยาบาล ซึ่งจะช่วยลดการกลับซ้ำของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยเสพสารเสพติด, พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง



Abstract

This study aims to compare the nursing care provided to two patients exhibiting aggressive behavior and a high risk of violence associated with substance abuse. The samples were purposively selected based on specified eligibility criteria from psychiatric and substance abuse patients admitted to Ranong Hospital. The instruments used in this study included a psychiatric disorder screening tool, a home visit record form based on the IN HOME SSS guideline, and data collected from patient medical records, interviews with family members, and observations. Data analysis involved comparing pathological factors, health risk factors contributing to disease occurrence, health patterns, pathological symptoms, treatments, nursing diagnoses, and case consultations.

The two cases compared are as follows: Case 1: A 32-year-old male presenting with irritability and violent behavior towards his wife three hours before hospital admission. He was diagnosed with Multiple Substance-Induced Psychosis Disorder. Case 2: A 26-year-old male displaying disorganized behavior, including walking naked, self-harming by slapping his face, and speaking incoherently one day prior to admission. He was also diagnosed with Multiple Substance-Induced Psychosis Disorder. The study concluded that providing nursing care to psychiatric and substance abuse patients with aggressive behaviors and a high risk of violence during hospitalization effectively reduces aggressive and violent behaviors. Moreover, preparing patients and their families, as well as ensuring consistent and regular follow-up home visits within the community, is crucial for nursing care. These interventions significantly help reduce the recurrence of aggressive behaviors in such patients.

Keywords : Nursing Care for Patients with Substance Abuse and Aggressive, Violent Behavior

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก พบสถิติผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทยที่มีการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงในสังคมเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 3.92 เท่า จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยถึงปี 2566 มีผู้ป่วยยาเสพติดสะสม 969,901 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย 381,631 ราย (39.35%) ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีจำนวนผู้ที่คลุ้มคลั่งเพิ่มขึ้นทุกปี โดยการใช้เมทแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือ เรียกว่าเกิด “ภาวะโรคจิตเวชสารเสพติด” ซึ่งเมื่อสารดังกล่าวผ่านเข้าสู่สมอง มีผล ทำให้สารสื่อประสาท หรือสารโดปามีน ในสมองผิดปกติเกิดอาการทางจิตแบบ มีภาวะหวาดระแวง ได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ ouse ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ที่มักจะเห็นในข่าวปัจจุบัน อยู่เป็นประจำ โดยเฉพาะการใช้ร่วมกับสารเสพติดอื่น ผลกระทบจากโรคจิตเวชร่วม แม้ในผู้ที่มีเพียงปัญหาสุขภาพจิตหากมีการเสพยาเสพติดแล้วยังจะทำให้ อาการทางจิตเพิ่มขึ้นจนป่วยได้ การเสพยาเสพติดในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะเพิ่มความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น และควบคุมตัวเองไม่ได้ เพิ่มอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และความเสี่ยงการทำร้ายตัวเอง โรคร่วมยังทำให้สุขภาพกายแย่ลง เพิ่มปัญหาสังคม ปัญหากฎหมาย และปัญหาเศรษฐกิจในสถานการณ์ที่แย่กว่านั้น อาจลงท้ายด้วยการทำร้ายตัวเอง หรือพฤติกรรมต่อต้านสังคม ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคม ไร้ที่อยู่ อาศัย และเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ก่อวินาศกรรม ฆาตกรรม เสพติดเข้าเส้น มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือฆ่า

ตัวตาย จากข้อมูลของ National Survey on Drug Use and Health ปี ค.ศ. 2021 ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรค SMI นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 26-49 ปี รองลงมาคืออายุ 18-25 ปี พบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวชถึง 3 เท่า ในกลุ่มของผู้ป่วยโรค SMI นั้น พบว่ามีร้อยละ 5-15 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ ในอีกการศึกษา พบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) ได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่ทำให้ก่อเหตุรุนแรงสูงกว่าปกติได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยงเพิ่มต่อการ ก่อความรุนแรง โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่เคยเข้า รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่องขาดยา ไม่ยอมรับ การเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชายังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่อ อันตราย ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบเร่งด่วน ภายใต้ข้อจำกัดของเวลา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของทุกฝ่าย การประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggressive Scale) การพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาวการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้าง



สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งชุมชน เข้าใจ ยอมรับ อดทน สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจดูแลอย่างใกล้ชิด มีความไวต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ต่อไป

จากสถิติ โรงพยาบาลระนอง ตั้งแต่ พ.ศ. 2564 -2567 พบว่า ชมิผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักเป็น F00-99 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในทั้งสิ้นจำนวน 816 ราย โดยมีกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดได้แก่ F05, F10, F11, F12, F13, F15, F18 และF19 รวมทั้งสิ้น 424 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.96 ในจำนวนนี้ ติดสารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด จำนวน 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.12 ของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด และในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือที่เรียกว่ากลุ่ม SMI-V จำนวนทั้งสิ้น 109 ราย คิดเป็น ร้อยละ 26.32

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย โดยศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลกระทบกับการเกิดโรคพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ ลดการกลับซ้ำ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด
2. เพื่อศึกษาแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด

วิธีการศึกษา

ดำเนินการศึกษาโดยเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงเปรียบเทียบ 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด มีการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ แพ้มประวัติสุขภาพครอบครัว ข้อมูลตรวจร่างกาย รวมถึงการติดตามเยี่ยมและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง การใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเพื่อประเมินสภาพและวางแผนการการพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว ร่วมกับการดูแลผู้ป่วย จิตเวชฉุกเฉิน การรักษาของแพทย์ วางแผนทางการพยาบาล เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การจำหน่าย โดยหลัก D-METHOD ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลระนองเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศชาย อายุ 32 ปี สถานภาพ คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ รูปร่างสมส่วน อาชีพ เป็นพนักงานลูกจ้างชั่วคราวในบริษัท นักร้อง ศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ที่บ้านตนเองกับครอบครัว พร้อมภรรยา ไม่มีบุตร	เพศชาย อายุ 26 ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ รูปร่างสมส่วน มีรอยสัก ที่แขนข้างขวา อาชีพเกษตรกร ทำสวนยางพารา และสวนทุเรียน นักร้องศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ที่บ้านตนเองพร้อมกับครอบครัว
2. การวินิจฉัยโรค	Multiple Substance Induced Psychosis Disorder	Multiple Substance Induced Psychosis Disorder
3. อาการสำคัญ	3 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ทำร้ายร่างกายภรรยา	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเดินแก้ม้าพูดคนเดียวทำร้ายตนเองโดยการตบหน้า
4. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Mental and behavioral disorders due to multiple drug use ให้ประวัติว่า 4 เดือนก่อนมารพ. มีอาการหงุดหงิดไปทุบรถเพื่อนบ้าน 3 เดือนก่อนมารพ. พยายามจะเผาบ้านตัวเอง 2 เดือน พยายามจะรมควันตัวเอง มีหูแว่วเหมือนมีคนเรียกแต่ไม่รู้ว่าใคร 3 ชั่วโมงก่อนมารพ. ผู้ป่วยเออะอะ อาละวาด ทำร้ายร่างกายภรรยา ทำลายข้าวของในบ้าน ไม่รับประทานยา บิดาแจ้งตำรวจนำส่ง	ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยเป็น Substance induced Psychosis เข้ารับการรักษาที่รพ. ระนองอาการไม่ดีขึ้นส่งตัวไปรับการรักษาที่รพ. สอนสราญรมย์ กลับบ้านไม่ยอมรับประทานยา กลับไปใช้ยาเสพติด 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีเพื่อเจ้า พูดถึงพระเจ้า เดินแก้ม้าในบ้านพูดคนเดียวไม่ยอมนอน มารดาจึงพาไปรักษาที่รพ. ชุมพรได้ยามารับประทานอาการไม่ดีขึ้น ยังเดินแก้ม้าพูดคนเดียว มี หูแว่วภาพหลอน 1 วันก่อนไปรพ.กระบี่ ผู้ป่วยเดินแก้ม้าพูดคนเดียวทำร้ายตนเองโดยการตบหน้ามารดาจึงนำส่ง
5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตการแพ้ยา สารเคมี แพ้อาหาร	ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ในวัยเด็ก ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารเคมี	ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารเคมี
6. ประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่มี	ผู้ป่วยมีประวัติการใช้สารเสพติดหลายชนิด ใช้ยาบ้า ปริมาณ 3เม็ด/วัน ใช้ ประมาณ 3-4 วันต่อครั้ง ใช้มา 2-3 ปี และหยุดใช้ช่วงที่พักรักษาตัว ในรพ. หลังออกจากรพ.กลับไปใช้ต่อ ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 4-5 เดือน ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ 2วันก่อนมา ใช้ยาไอซ์ชนิดสุดคมไอระเหย ปริมาณ 3เกล็ด/แต่นานๆจะใช้ เพราะรู้สึกไม่ชอบเหมือนยาบ้า ใช้

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		ครั้งสุดท้าย 5 เดือนก่อน สุกัญชา ประมาณ 3 พันลำต่อวัน ไข้มา 2-3 ปี สุกัญหรี วันละประมาณ 20 มวน/วัน ไข้มาตั้งแต่อายุ 15 ปี ปัจจุบันยังสูบบุอยู่
7. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน บิดามีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาตัวรพ.ระนอง	ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคร้ายแรง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ เพศชาย อายุ 32 ปี 3 ชั่วโมงก่อนมารพ. มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ทำร้ายร่างกายภรรยา ทำลายสิ่งของในบ้าน พุดมีอาการซึมเศร้าจะรมควั่นตัวเองจากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ ได้แก่ 1) แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน 2) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตโนมทัศน์ 3) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 4) แบบแผนการรู้และการรับรู้รูปแบบความคิด การตัดสินใจ 5) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 6) แบบแผนการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด	1. แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทยอายุ 26 ปี 1 วันก่อนมารพ. ผู้ป่วยเดินแก้ผ้าพูดคนเดียว ทำร้ายตนเองโดยการตบหน้า พุดเพื่อเจอถึงพระเจ้ามี Visual & Auditory Hallucination จากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ ได้แก่ 1) แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน 2) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตโนมทัศน์ 3) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 4) แบบแผนการรู้และการรับรู้รูปแบบความคิด การตัดสินใจ 5) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 6) แบบแผนการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแบบแผนการดูแลและสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อมีความเครียดมักใช้สารเสพติดช่วยให้ผ่อนคลายและช่วยหลีกเลี่ยงปัญหา มีการใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีลักษณะอารมณ์เก็บกด กรณีศึกษาที่1 มีความขัดแย้งกับครอบครัว ไม่ได้รับการยอมรับในครอบครัวเกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ ขาดความภาคภูมิใจในตัวเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เมื่อมีสิ่งมากระทบจึงมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของและทำร้ายตัวเอง
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง ตำรวจนำส่ง รู้สึกตัวดี E4V5M6 พุดเอะอะโวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามีพฤติกรรมก้าวร้าวประเมิน OAS(Overt aggressive scale)= 3	2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง E4V5M6 รู้สึกตัวดี พุดเอะอะโวยวาย พุดถึงพระพระเจ้า ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เจาะ DTX 94 mg% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวประเมิน OAS= 3 คะแนน รายกรณีที่ 1 มีความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่นมากกว่ารายกรณีที่ 2 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ยังไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ เนื่องจากบุคลากรให้ความสำคัญกับ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
คะแนน ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย ควบคุม อารมณ์ได้น้อยประเมิน 2Q Positive 9Q ได้ 20 คะแนน 8Q ได้ 7คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/68 มิลลิเมตรปรอท	20 ครั้งต่อนาที เจาะเลือดส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ CXR EKG ผลปกติ อาการสงบลงจึงส่งตัวมารับการรักษาใน หอผู้ป่วย	การซักประวัติที่ครอบคลุม และการ ติดตามเฝ้าระวังให้การบำบัดรักษาได้ ตรงปัญหาและความต้องการเฉพาะราย
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Marijuana(THC) :Negative - Urine Methamphetamine: Negative -CBC : WBC 6,740 mm³ Hct 44.8 %HBG14.9g/dL Platlet 366,000 mm³ Creatinine 0.83 mg/dL GFR 116.4mL/min/1.72m CPK(CK-NAC) 404 U/L Sodium 135 mmol/L Potassium 5.07 mmol/L Chloride 103 mmol/L CO2 26 mmol/L SGOT(AST) 46 U/L SGPT(ALT) 37 U/L Albumin 3.38 g/dL -UA: Color Pale Yellow Appearance Clear Sp.gr 1.005 pH 6.5 Free T4 1.07 ng/dL TSH 0.319 UIU/ML EKG:normal sinus Rhythm QTc 0.388	3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Marijuana(THC) :Positive - Urine Methamphetamine: Negative -CBC : WBC 10,420 mm³ Hct 45.9 %HBG15.8g/dL Platlet 200,000 mm³ Creatinine 12 mg/dL GFR 95.96mL/min/1.72m CPK(CK-NAC) 379 U/L Sodium 137 mmol/L Potassium 3.52 mmol/L Chloride 104 mmol/L CO2 28 mmol/L SGOT(AST) 22 U/L SGPT(ALT) 35 U/L Albumin 3.43 g/dL -UA: Color Pale Yellow Appearance Clear Sp.gr 1.008 pH 6.5 SARS Coronavirus 2 Ag :Negative EKG: normal sinus Rhythm QTc 0.447 CXR :Normal	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีภาวะ ฉุกเฉิน ผลการตรวจในกรณีที่ 1 Urine Marijuana (THC) :Negative และ Urine Methamphetamine: Negative ซึ่งอาจพบได้ในกรณีที่ใช้สาร เสพติดมีระยะห่างจนตรวจไม่พบใน ปัสสาวะ กรณีรายที่ 2 UrineMarijuana (THC): Positiveแต่ผล Urine Methamphetamine : Negative ซึ่ง ตรงกับการซักประวัติเรื่องการใช้สารเสพ ติดอย่างต่อเนื่อง การตรวจ CPK เพื่อ ติดตามผลจากการใช้ยาจิตเวชอย่าง ต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ซึ่งทั้ง 2 รายยังอยู่ใน เกณฑ์ปกติและได้รับการตรวจ CXR เพื่อเฝ้าระวังโรควัณโรค ผลการตรวจ ปกติทั้ง2ราย ได้รับการตรวจEKG12 Lead พบว่า มี QTc ที่ปกติ เพื่อเฝ้า ระวังภาวะ Torsades de pointes จาก การใช้ยาจิตเวชเป็นระยะเวลานาน

กรณีศึกษารายที่ 1		กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
CXR :Normal			
4. การรักษา 1.Clonidine(0.15mg) ครึ่งเม็ด po. tid pc 2.Valproate SR(500mg) 2 เม็ด po pcเช้าและก่อนนอน 3.Quetiapine(200mg) 1 เม็ด po ก่อนนอน 4. Clonazepam(0.5mg) 2 เม็ด po ก่อนนอน นัดติดตามทุกเดือนเพื่อรับยาต่อ		4. การรักษา 1.Haloperidol(10mg) 2เม็ด po ก่อนนอน 2.Valproate SR(500mg) 1 เม็ด po ก่อนนอน 3.Artane(5mg)1เม็ดpog่อนนอน 4.Clonazepam(2mg) 1 เม็ด po ก่อนนอน5.Fluphenazine Decanoate(50mg/2ml) 100 mg เข้ากล้ามเนื้อ ทุก 1 เดือน นัดติดตามทุกเดือนเพื่อรับยาต่อ	กรณีศึกษาที่1 การใช้ยา Clonidineร่วมด้วยเนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเป็นADHD รักษาโรคสมาธิสั้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจทำงานน้อยกว่าปกติส่วนยาValproate SR ใช้รักษาโรคอารมณ์2ชั่วซึ้งจะช่วยรักษาอาการ Mania Phase ของผู้ป่วยClonazepam ช่วยในเรื่องของการคลายวิตกกังวลหลับได้Quetiapine ใช้รักษาอาการประสาทหลอนต่างๆรวมทั้งลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยกรณีศึกษา ที่ 2 ผู้ป่วยมีประวัติการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องแพทย์จึงใช้ยา Fluphenazine Decanoate (50mg/2ml) 100 mg เข้ากล้ามเนื้อทุก 1 เดือนในการรักษา Artane ใช้ในการลดอาการEPSต่างๆที่อาจเกิดได้จากการใช้ยาจิตเวช ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการจำหน่าย และนัดตรวจซ้ำใน 1 เดือน และส่งต่อเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามต่อเนื่องในชุมชนผ่าน THAI COC และใช้ระบบLINE OA ซึ่งเป็นCQI ของหน่วยงาน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
1. เสี่ยงต่อการทำร้ายบุคคลอื่น ทำลายข้าวของและอาคารสถานที่เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงและไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น	1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยเสพยาบ้าและมีพฤติกรรมก้าวร้าว	1. ประเมินความคิดอารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น ทำลายข้าวของและอาคารสถานที่ เพื่อทราบความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันทั่วทั้งที่	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายประเมิน OAS=3 คะแนน ยังแสดงออกทางคำพูดที่รุนแรง หงุดหงิดต่อต้านได้ ให้การรักษาโดยฉีด-Haldol 5mg IM prn for agitation ,Valium 10 g IV prn for agitation /agression



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		2. จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่งกระตุ้น ไม่มีสิ่งก่อกำเนิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของ แหลมของมีคม น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น	และทำการผูกยึดหลังให้การรักษายังมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าวระดับน้อยถึงปานกลาง ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ประเมิน OAS ซ้ำ = 2คะแนน
		3. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความเข้าใจ ฟัง อย่างตั้งใจ สงบและมีความรู้สึกปลอดภัย	
		4. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาล ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล มั่นคงและชัดเจน	
		5. การประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทางคำพูด	
		6. เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเองบุคคลอื่นและทรัพย์สิน	
		7. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและให้การรักษาตามแนวทาง	
		8. รายงานแพทย์ดูแลการให้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา	
		9. จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นโดยผูกยึดผู้ป่วย	
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	1. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาล 2. แจ้งผู้ป่วยและญาติเพื่อผูกยึดผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ปฏิบัติตามแนวทางผูกยึด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		3. เตรียมบุคลากรให้เพียงพอ ได้แก่ ตำรวจ คณงาน พยาบาล	
		4. ดูแลความปลอดภัยของ บุคลากร	
		5. ดำเนินการผูกยึดแบบ 4 จุดคือ ผูกยึดบริเวณข้อเท้าก่อนและผูก ยึดบริเวณข้อมือ 2 ข้าง	
		6. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย และให้อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูก ยึดสามารถเคลื่อนไหวได้การผูกยึด ต้องหลวมให้ 1-2 นิ้ว สอดใต้ผ้า ได้แขนขาต้องไม่บิดเบี้ยวขณะให้ การผูกยึดได้คำนึงถึงความ ปลอดภัยและให้เกียรติผู้ป่วย เสมอ	
		7. ประเมินอาการทุก 15-30 นาที	
		8. คลายผ้าผูกยึดออกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพผิวหนัง และข้อบริเวณที่ผูกยึดให้มีการ ไหลเวียนโลหิตและการ เคลื่อนไหวของข้อได้อย่างปกติ	
		9. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง	
		10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะ หรือ อุจจาระตามที่ต้องการ	
		11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ	
		12. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วย อาการสงบลงและยุติการผูกยึด เมื่อผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง	

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
3. เสี่ยงต่อการเกิด อาการข้างเคียงจากยา รักษาโรคทางจิตเวช เนื่องจากได้รับยาชนิด ฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบ ประสาท	3. เสี่ยงต่อการเกิด อาการข้างเคียงจากยา รักษาโรคทางจิตเวช เนื่องจากได้รับยาชนิด ฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบ ประสาท	1. ดูแลเฝ้าระวังการให้ยา Haloperidol 5 mg IM stat, Valium 10 mg IV และให้ยาลด อาการข้างเคียง Artane 2 mg ตามแผนการรักษา 2. ประเมินอาการข้างเคียงที่ รุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น หายใจลำบากกลืนลำบาก หัว ใจเต้นไม่ปกติ หายใจหอบ มี อาการสั่น เหนื่อยอ่อนเพลีย ผิวดำคล้ำ แพ้ยา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการ ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียนท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการ รักษา และสังเกตอาการข้างเคียง จากการใช้ยา 5. ประเมินสัญญาณชีพ พิจารณา รายงานแพทย์ทราบเมื่อผู้ป่วยมี อาการข้างเคียงจากการได้รับยา 6. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวัน ละ 6-8 แก้ว ใช้ลิปสติกมันทาริม ฝีปาก รับประทานอาหารที่มีกาก ใย เช่น ผัก ผลไม้ เปลี่ยนอิริยาบถ ช้า ๆ ขณะลุกนั่งหรือเปลี่ยนจาก นอนมาเป็นนั่งหรือยืน 7. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยน อิริยาบถช้า ๆ ระวังการเกิด อุบัติเหตุ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการ ข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช ที่ไม่รุนแรง คือ ภาวะง่วงนอนและ นอนหลับ Vital signs กรณีศึกษาที่ 1 BT=36.90C PR=98/min RR= 20/min BP 134/70 mmHg O2sat 99% กรณีศึกษาที่ 2 BT=36.7 0C PR=72/min RR=20/min BP 100/60 mmHg O2sat =98% หลังตื่นนอน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีเดินเซ อาการสงบ รับประทานยาลดอาการ ข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช ได้ตามแผนการรักษาผู้ป่วยไม่เกิด อุบัติเหตุในระหว่างบำบัดรักษา

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
4. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่อเนื่องจากมี การรับรู้ตนเองและอัต มโนทัศน์ในทางลบ	4. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่อเนื่องจากมี การรับรู้ตนเองและอัต มโนทัศน์ในทางลบ	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเอง ค้นหาสาเหตุความรู้สึกที่ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 3. ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง เสริมแรงเสริมพลังความสามารถที่มีเพื่อสร้างความเข้มแข็งในจิตใจ 4. เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเองในด้านต่าง ๆ สะท้อนคุณค่าในตัวเองหลังจากการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ 5. กระตุ้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้นให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยเฉพาะใน ด้านบวกที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยมี โอกาสได้แสดงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกัน	กรณีศึกษารายที่ 1 มีบิดาเป็นผู้ดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล ยังมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีใคร่ครวญ แต่ผู้ป่วยยังอยากทำสิ่งที่ดี อยากมีงานทำเพื่อไม่ให้เป็นการละทิ้งของครอบครัว กรณีศึกษารายที่ 2 มารดาเป็นผู้ดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล มารดา ยังรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย ยังไม่มั่นใจในการรับกลับเพื่อไปดูแลต่อเนื่องจากบ้านเนื่องจากถูกทำร้ายบ่อยจึงไม่ อยากให้ผู้ป่วย กลับบ้านทำให้น้อยใจรู้สึกว่าคุณค่าไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกความ ห่วงใยที่มีต่อกัน เพื่อความเข้าใจกัน และเพิ่มคุณค่าในตนเอง
5. แบบแผนการเผชิญ ปัญหาและความเครียด ไม่เหมาะสม	5. แบบแผนการเผชิญ ปัญหาและความเครียด ไม่เหมาะสม	1. ประเมินความคิดอารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2. ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุตัวกระตุ้น วิธีการใช้ในการแก้ปัญหาแบบ เดิม ๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีต และส่งเสริมให้คิดหาแนวทางใน	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงใน กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสูง จาก ประวัติเคยพยายามหยุดยาเสพติด ด้วยตนเองหลายครั้ง เนื่องจากจาก สภาพทางจิตใจ บุคลิกภาพรวมถึง สภาพแวดล้อม ที่มียาเสพติดใน

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		การเชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน ทำให้ไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ ได้ให้ความรู้ ให้กำลังใจผู้ป่วย
		3. แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาการตัดสินใจ เลือกและเปิดโอกาสให้ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือกแก้ไขข้อเสีย ทางเลือกได้เหมาะสม	
		4. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การนั่งสมาธิหรือการผ่อนคลายลมหายใจให้กำลังใจ เสริมแรงในทางบวก	
		5. ชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการความเครียดได้	
6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย 2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติดมีผลกระทบ ต่อร่างกายผลกระทบต้อ ครอบครัว และผลกระทบด้าน สังคมตัวกระตุ้นและการจัดการ กับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม 3. ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อเสียของการ ใช้ยาเสพติดกระตุ้นให้พูดถึงการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตัว ผู้ป่วยเอง 4. แนะนำวิธีการป้องกันการ กลับไปเสพยาซ้ำ เช่น การทำงาน อดิเรกที่ตนเองสนใจ การช่วย ครอบครัทำงาน 5. สอนทักษะการปฏิเสธ การคบ เพื่อน การจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ จะทำให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงใน กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสูง จาก ประวัติเคยพยาบาลหยุดยาเสพติด ด้วยตนเองหลายครั้ง เนื่องจากจาก สภาพทางจิตใจ บุคลิกภาพรวมถึง สภาพแวดล้อม ที่มียาเสพติดใน ชุมชน ทำให้ไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ ได้ให้ความรู้ ให้กำลังใจ ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา เสพติดซ้ำกรณีศึกษาที่ 1 ขาดการ ยอมรับจากครอบครัว จึงมีโอกา สที่จะกลับไปเสพยาซ้ำ เนื่องจากเป็นการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน ช่วงเวลาอันสั้น จึงต้องเตรียมส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในชุมชนกรณีศึกษาที่ 2 มีแรงจูงใจ เลิกเสพยาเพื่อไม่ให้เป็นการของ ครอบครัว



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
		6. ให้กำลังใจผู้ป่วยที่สามารถบอก ทักษะการปฏิเสธและหลีกเลี่ยง การกลับไปเสพยาซ้ำได้	
7. ญาติวิตกกังวล เนื่องจากเคยถูกผู้ป่วย ทำร้ายและไม่ต้องการ รับผู้ป่วยกลับบ้าน		1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและ ญาติเกี่ยวกับอาการก้าวร้าว หวาดระแวงและวิธีจัดการกับ อาการดังกล่าว 2. แนะนำการประเมินสัญญาณ เตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การกลับไปเสพยาซ้ำ หงุดหงิดไม่นอน ส่งเสียงดัง ช่มชู่ จะทำร้ายคนอื่น เป็นต้น 3. เมื่อพบว่ามีสัญญาณเตือนให้ แจ้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือ ตำรวจเพื่อดูแลช่วยเหลือทันที 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ พูดระบายความรู้สึก และ แสดงความเข้าใจกันกระตุ้นการมี ส่วนร่วมในครอบครัว 5. สะท้อนคิดและสร้างความ เข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะ ในการ ทำความเข้าใจปัญหาและดูแล ด้านจิตใจของตนเองอย่าง เหมาะสม	กรณีศึกษา รายที่ 1 ญาติเกิดความ เบื่อหน่าย หวาดกลัวจึงขอให้อยู่ โรงพยาบาลนาน ๆ ปฏิเสธไม่ ยินยอมให้กลับสู่ชุมชนจาก จึงได้ ประสานพยาบาลจิตเวชหมอ ครอบครัว จึงต้องให้คำปรึกษา และ สร้างความมั่นใจให้กับญาติไม่รู้สึก โดดเดี่ยวและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย และญาติยอมรับและปรับตัวเข้าหา กัน กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยเป็น บุตรชายคนเดียวของครอบครัว มี ความสัมพันธ์ที่ดีกับมารดา และบิดา จากการเลี้ยงดูของมารดาค่อนข้าง รักและตามใจทำให้ผู้ป่วยขาดความ ตระหนักเรื่องการใช้สารเสพติด และ ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายคนอื่น
8. การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยตามหลัก D - METHOD	8. การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยตามหลัก D - METHOD	1. ให้ความรู้และประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ 2. วางแผนการจำหน่าย ตาม แผนการจำหน่าย D METHOD D-Diagnosis ให้ความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของยา	กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีความรู้และ เข้าใจ แผนการรักษาและการปฏิบัติ ตัว โดยกรณีศึกษาที่ 1 ได้ให้ คำปรึกษาแก่ญาติให้เกิดความมั่นใจ ในความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย กลับบ้าน



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		เสพติด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การกลับไปเสพซ้ำ M -Medicine แนะนำการใช้ยา สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อระวัง และอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ ยา E-Environment แนะนำการจัด สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมหลีกเลี่ยง ตัวกระตุ้นที่มีอยู่ในบ้าน และวัตถุ ที่เป็นอันตราย T -Treatment แนะนำการรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง แนะนำการปฏิบัติตัว การช่วยเหลือจากหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง H-Health แนะนำการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพแบบ 3 อ 2 ส. O -Out patient แนะนำการมารับการตรวจตาม นัด การขอความช่วยเหลือเมื่อ เกิดเหตุฉุกเฉิน 1669 D -Diet การรับประทานอาหารที่ เหมาะสม	

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีพฤติกรรมรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุต่างกันแต่มีผลสืบเนื่องจากการเสพยาเสพติดหลายชนิดร่วมกันเหมือนกัน ซึ่งทั้งสองรายประเมินจากประวัติและพฤติกรรม ประเมิน OAS = 3 คะแนน ผลการตรวจ Urine Amphetamine ถึงแม้ว่าจะให้ผลลบทั้ง 2 ราย กรณีศึกษาทั้ง 2 รายใช้สารเสพติดหลักคือกัญชาและยาบ้าเพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความขัดแย้งในครอบครัว มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหลังการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิต ทั้งชนิดฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นและยารับประทาน เพื่อควบคุมอารมณ์ร่วมกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น กรณีศึกษารายที่ 1 ยังมีความกดดันจากการที่ครอบครัวปฏิเสธ ร่วมกับอาการซึมเศร้าเดิมของผู้ป่วยเอง รวมทั้งมีภาวะ ADHD ตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้ระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า กรณีศึกษารายที่ 2 มีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดยา โอกาสกลับซ้ำจึงมีได้สูง การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS ร่วมกับการดูแลโดยใช้ LINE OA ของหน่วยงาน จนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ที่เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง รวมทั้งครอบครัวและสังคม การศึกษานี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดระหว่างการพักรักษาตัวใน รพ. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยครอบครัว รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นหัวใจสำคัญของการให้พยาบาล จะช่วยลดการกลับซ้ำได้

อภิปรายผล

จากผลการศึกษากรณผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะความรู้และความสามารถสูงในการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งระยะฉุกเฉิน การดูแลต่อเนื่อง และเตรียมจำหน่าย โดยการให้การบำบัดควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการให้คำปรึกษา การพยาบาลผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในการวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด โดยให้การดูแลในลักษณะที่มิวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ชุมชน ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้กำลังใจ แก้ไขความวิตกกังวล เผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี มีการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดโดยพยาบาลเป็นตัวกลาง เชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลและแก้ปัญหา มีความหวังกำลังใจ ให้ผู้ป่วยปรับตัวผ่านระยะวิกฤติของชีวิต เชื่อมประสานชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพาสารเสพติด สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

1. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดควรได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะให้มี ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิต

เวชและยาเสพติดที่มี พฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

2. ควรนำผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐาน

3. ส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้สารเสพติด เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้ ความเข้าใจถึงระบบบริการสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ การศึกษารูปแบบการบำบัดรักษา การพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด อย่างเป็นองค์รวม

4. สถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดควรมีอุปกรณ์ให้พร้อมในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ขณะปฏิบัติการ

5. สถานที่ควรมีช่องทางการเข้าออก 2 ทาง มีการจัดเก็บและดูแลเครื่องมืออุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย มีระบบแจ้งเตือนสัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

6. ควรมีการสร้างเครือข่ายประสานงาน ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนในกรณีต้องขอความช่วยเหลือในการร่วมดูแลผู้ป่วย มีเครือข่ายเฝ้าระวังแจ้งเหตุ โดยมีการบูรณาการ ร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและแก้ปัญหาได้ทันทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษารายกรณีควรทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หากศึกษารายกรณีเป็นเวลานานมาก เท่าใดยิ่งได้ผลดีมากเท่านั้น จะทำให้ทราบผลของการพัฒนาพฤติกรรมและสาเหตุของปัญหาชัดเจน นำไปสู่การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการให้ความรู้และการพยาบาลรวมถึงสามารถติดตามดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ลดการเสพยาซ้ำและลดการกลับมารักษาซ้ำ

3. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันเหตุการณ์ความรุนแรง โดยระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องสามารถช่วยให้ พยาบาลและผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถคาดการณ์และตอบสนองต่อสัญญาณเตือนภัยก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง

4. การปรับปรุงและวางแผนการรักษา ด้วยข้อมูลที่เก็บได้จากระบบติดตาม พยาบาลและผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์แนวโน้มและปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังสามารถใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนากลยุทธ์การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การสนับสนุนและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับการสนับสนุนและคำปรึกษาในเวลาที่ต้องการ ไม่ว่าจะเป็นผ่านการติดตาม

ทางโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามี
ผู้ดูแลอยู่เคียงข้างเสมอซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการ
กลับมาใช้สารเสพติดหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอีกครั้ง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/>
- นิตยา ตากวียะนันท์. (2558). การพยาบาลผู้ช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2559). การตรวจสัมภาษณ์ทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- วิมล ลักษณะนิชนชัย. (2563). คู่มือบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2565). กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์