

การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย

บุญโฮม ทิพย์สมบัติ,ป.พย.¹.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลบึงบูรพ์ ในช่วงเวลาระหว่าง 10 พฤศจิกายน 2566 – 11 มกราคม 2567 ศึกษาด้วยการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน การใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 รายเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับสูง โดยรายที่ 1 เป็นชายไทย อายุ 33 ปี มีพฤติกรรมทำร้ายบุคคลอื่น รายที่ 2 เป็นชายไทยอายุ 18 ปี มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและยาควบคุมอารมณ์เหมือนกัน การสร้างสัมพันธภาพและการให้คำปรึกษา ทั้งผู้ป่วยและญาติ เกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย เพื่อให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ หลังให้การรักษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อย มีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพยาเสพติดและมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำอีก จากปัจจัยบุคลิกภาพที่ผิดปกติที่มีผลจากยาเสพติด การถูกครอบครัวปฏิเสธและการกลับไปอยู่ในชุมชนที่มียาเสพติด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องส่งต่อให้ภาคีเครือข่ายเข้าร่วมการดูแล เผื่อระวังอย่างต่อเนื่องและป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้า, พฤติกรรมรุนแรง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ Email : mudmee2005@gmail.com

Nursing care of patients with amphetamine addiction who have Violent behavior : 2 case studies

Boonhom Thipsombat, *Dip in N.EQU BN.*¹,

Abstract

This case study was a comparative study of nursing care for 2 violent methamphetamine addicts who were admitted as inpatients at Buengbun Hospital during November 10, 2023, and January 11, 2024. This case study used Gordon's health assessment model, including the 5-step nursing process and related nursing theories.

The results of the comparative study showed that both methamphetamine addicts had a high level of violent behavior. Case 1 was a 33-year-old, Thai male who had a history of harming others. Case 2 was an 18-year-old, Thai male who had repeated self-harm. Both patients received the same antipsychotic and mood stabilizer treatment. Relationship building and counseling were conducted for both patients and relatives, resulting in trust and acceptance of the patients so that they could be discharged back home to their families. After treatment, it was found that both cases still had poor emotional control and were at risk of returning to narcotic use, addiction, and violent behavior. Due to abnormal personality factors resulting from narcotics, family rejection, and returning to a community with narcotics, it was necessary to refer them to network partners to participate in continuous care, monitoring, and prevention of recurrence of violence.

KEYWORDS: Nursing care for patients addicted to methamphetamine , violent behavior

¹ Registered Nurse, Professional level, Buengbun Hospital, Sisaket Province Email: mudmee2005@gmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงจำนวน 1,463 คน 2,783 คนและ 3,527 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบบ่อย 4 อันดับโรคได้แก่ 1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2. โรคจิตเวชอื่นๆ 3. โรคจิตเภท และ 4. โรคจิตเวชยาเสพติด การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น ยาเสพติดมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเองการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น เป็นภาระโรคและความสูญเสียของสังคมไทย

ยาบ้า (amphetamine) มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับยาเสพติดชนิดอื่น เป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการหลั่ง Catecholamine โดยเฉพาะ Norepinephrine ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่อยู่บริเวณ Cerebral cortex และ Reticular activating system มีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง α และ β Receptors โดยตรงเป็นผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงได้ อาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทั้งในช่วงเสพและหยุดเสพ หากเสพปริมาณที่สูงและเป็นเวลานาน ทำให้สมองส่วนควบคุมอารมณ์ ควบคุมพฤติกรรม จะทำงานได้น้อยลง การยับยั้งชั่งใจลดลง ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง นอนไม่หลับ หงุดหงิด ขาดเหตุผล หลงผิด ประสาทหลอน หลงลืม จำอะไรไม่ได้ เพ้อคลั่ง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้

การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบเร่งด่วน ภายใต้ข้อจำกัดของเวลา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของทุกฝ่าย การประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggressive Scale) การพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของ เพพพลาว การพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งชุมชน เข้าใจ ยอมรับ อดทน สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจดูแลอย่างใกล้ชิด มีความไวต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ต่อไป

โรงพยาบาลบึงบูรพ์ มีรายงานผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2566 จำนวน 45 ราย ยาเสพติดหลักที่ใช้เป็นยาบ้านอกจากนั้นยังพบว่าผู้กลับไปเสพซ้ำและมีพฤติกรรมรุนแรง จากข้อมูลการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยยาเสพติดมีพฤติกรรมรุนแรง เข้ารับการรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 3 ราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 4 ราย ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อหรืออันตรายถึงแก่ชีวิต นอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ทั้งด้านความปลอดภัยและความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาตลอดจนการดูแลให้การพยาบาล ส่งผลให้เกิดปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมรุนแรง
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงเปรียบเทียบ 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาบ้า ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบึงบูรพ์ ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2567 มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ข้อมูลการซักประวัติ ข้อมูลประวัติการตรวจร่างกาย รวมถึงการติดตามเยี่ยมและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง การใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพ และวางแผนให้การพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาลของ เพพพลาวร่วมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การรักษาของแพทย์ วางแผนทางการพยาบาล เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การจำหน่าย โดยหลัก D-METHOD ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลบึงบูรพ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จริยธรรมการวิจัย

กรณีศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-018 วันที่รับรอง 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 หมดอายุวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 โดยผู้ศึกษาคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักเคารพในบุคคล (Respect for person) คือให้เกียรติและเคารพในการตัดสินใจของผู้เป็นกรณีศึกษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับการรายงานผลการศึกษานำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชายอายุ 33 ปี ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรส โสด อาชีพว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 จำหน่ายวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 ระยะวันนอน 4 วัน การวินิจฉัยโรค 1) Acute psychosis 2) Amphetamine use

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศชายอายุ 18 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา สถานภาพสมรส โสด อาชีพว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2567 จำหน่ายวันที่ 11 มกราคม 2567 ระยะวันนอน 2 วัน การวินิจฉัยโรค 1) Multiple laceration wound both finger 2) Hypokalemia 3) Acute fever 4) Amphetamine use 5) สาเหตุภายนอก ทำร้ายตนเองด้วยการชกกระຈ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรง 2 ราย มีรายละเอียดดังตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1 วันก่อนมาทะเลาะกับน้ำชายและจะไข้มีดี แผลมทำร้ายน้ำชาย และทำลายสิ่งของในบ้าน ญาติจึงแจ้งตำรวจนำส่งโรงพยาบาล	20 นาที่ก่อนมา ชกกระຈมีแผลฉีกขาดที่นิ้วมือทั้งสองข้าง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 สัปดาห์ก่อนมา เสพยาบ้า ไม่ยอมนอนเห็นภาพหลอนและ หงุดหงิด ที่ญาติพุดจาเสียตีสี่ เรื่องการใช้ยาเสพติด และทำลายข้าวของภายในบ้าน 1 วันก่อนมาทะเลาะกับญาติและทำร้ายญาติ โดยการไข้มีดีแผลม ญาติจึงแจ้งตำรวจนำส่งโรงพยาบาล	20 นาที่ก่อนมามีอาการหงุดหงิดแล้ว ชกกระຈมีแผลฉีกขาดที่มือทั้งสองข้าง กลับมารับการรักษาเข้าด้วยทำร้ายตนเองไข้มีดีชกกระຈมารับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อนมา 8 ชั่วโมง และได้รับการเย็บแผลในเวรตึก
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีประวัติ Thalassemia ได้รับการผ่าตัดม้ามเมื่ออายุ 11 ปี	ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยแพ้ยาล ไม่เคยผ่าตัด
ประวัติการใช้สารเสพติด	เริ่มดื่มสุราเมื่อ 17 ปี เมื่ออายุ 23 ปี มีประวัติการใช้ยาเสพติดและเข้ารับการบำบัดและถูกดำเนินคดีบ่อยครั้ง เคยหยุดเสพยาด้วยตนเองแต่มีปัญหาในครอบครัวจึงกลับไปเสพยา	มีประวัติการใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุ 14 ปี เคยเข้ารับการบำบัดและหยุดเสพยาเสพติดด้วยตนเองแต่มีอาการหงุดหงิดจึงกลับมาเสพยา มีประวัติการใช้กัญชาและดื่มสุราพร้อมด้วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการแรกเริ่ม	แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หงุดหงิดไววาย ปฏิเสธ อาการผิดปกติไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการ รักษา ถามคำตอบคำ ประเมิน OAS = 3 คะแนน V/S BT= 36.6 °C ,PR = 116 /min , RR = 20 /min BP= 120/88 mmHg	แรกเริ่มรู้สึกตัวดี มีแผลฉีกขาดที่นิ้วมือทั้งสอง ข้าง ดูท่าทางหงุดหงิด พูดเสียงดัง ประเมิน OAS =3 คะแนน มีแผลฉีกขาดที่นิ้วมือทั้งสอง ข้าง V/S BT= 39 °C , PR= 116 /min , RR 20 /min BP = 125/79 mmHg

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 33 ปี 1วันก่อนมา ทะเลาะกับน้ำชาย และจะทำร้ายน้ำชายด้วย มีดปลายแหลม ทำลายสิ่งของในบ้าน เมื่อ เครียดหรือหงุดหงิดหรือมีปัญหาใน ครอบครัวจะเสพยาบ้า จากประเมินแบบ แผนสุขภาพของกอร์ดอนพบว่า มีแบบแผน สุขภาพผิดปกติได้แก่ 1).แบบแผนการนอน หลับพักผ่อน 2).แบบแผนการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ 3).แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 4). แบบแผน การปรับตัวและการเผชิญกับ ความเครียด 5).แบบแผนคุณค่าและความ เชื่อผิดปกติ มีการหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้มี พลังอำนาจเหนือคนธรรมดา 2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง เจ้าหน้าที่ตำรวจนำส่ง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ เรื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เอะอะ ไววาย ยังมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทางคำพูด ประเมิน OAS(Overt aggressive scale) = 3 คะแนน ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับ บ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุม อารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน BT= 36.6 °C ,PR = 116 /min , RR = 20 /min BP= 120/88 mmHg	1. แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี 20 นาทีก่อน มา ชกกระຈกมีแผลฉีกขาดที่นิ้วมือทั้ง สองข้าง กลับมารักษาซ้ำด้วยทำร้าย ตนเอง เสพยาบ้าเพื่อความสนุกและ เมื่อเครียดหรือหงุดหงิดเพื่อช่วยให้ ผ่อนคลายอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ ทะเลาะกับปู่และ ย่าบ่อยครั้งมีแบบแผนสุขภาพผิดปกติ ได้แก่ 1).แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน 2). แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโน ทัศน์ 3).แบบแผนบทบาทและ สัมพันธภาพ 4). แบบแผนการปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด 2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอารมณ์ หงุดหงิด พูดเสียงดัง มีแผลฉีกขาดที่ มือทั้งสองข้าง เข้ามารับการรักษาด้วย ตนเอง ประเมิน OAS(Overt aggressive scale) = 3 คะแนน จาก ประวัติทำร้ายตนเองและกลับมารักษา ซ้ำ ควบคุมอารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหู แว่ว ภาพหลอน V/S BT= 39 °C , PR= 116 /min , RR 20 /min BP = 125/79 mmHg	กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีแบบแผนการ ดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเมื่อมี ความเครียดมักใช้สารเสพติดช่วยให้ ผ่อนคลายและช่วยหลีกเลี่ยงปัญหา มี การใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน มี ลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความ ขัดแย้งกับครอบครัว มีบทบาทใน ครอบครัวและชุมชนน้อย ไม่ได้รับ การยอมรับในสังคม ขาดความ ภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง เมื่อมีสิ่งมากระทบ มี พฤติกรรมทำร้ายบุคคลอื่นหรือ ทำลายข้าวของ และทำร้ายตนเอง กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีประวัติ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงประเมิน OAS = 3 คะแนน รายการที่ 1 มี ความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่นมากกว่า รายการที่ 2 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่ เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำเนื่องจาก บุคลากรให้ความสำคัญกับการซัก ประวัติที่ครอบคลุม และการติดตาม เฝ้าระวังให้การบำบัดรักษาได้ตรง ปัญหาและความต้องการเฉพาะราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา(ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3.แผนการรักษาของแพทย์ - CBC ,BUN , Cr, Electrolyte,Ca, Mag, Phosphorus, , LFT, DTX,Urine Methamphetamine - Haloperidol 5 mg IM for aggression - Valium 10mg IV for agitation /insomnia - On Heplock - LoraZepam 1 mg 1 x hs - Haloperidol 2 mg 1 x hs - Artane 2 mg 1 x hs - Folic acid 5 mg 1x1 pc D/C F/U 1 week + urine amphetamine <u>Home Med</u> - LoraZepam 1 mg 1 x hs #10 tab - Haloperidol 2 mg 1 x hs #10 tab - Artane 2 mg 1 x hs #10 tab - Folic acid 5 mg 1x1 pc #10 tab	3.แผนการรักษาของแพทย์ - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mag, Phosphorus , LFT Test, , Urine Methamphetamine, U/A - CXR PA upright - 0.9 % NSS 1000 ml V drip 80 ml/hr. - suture+dressing wound at ER - Haloperidol 5 mg M for aggression - Valium 10mg IV for agitation /insomnia - KCL Elixirs 30 ml state - Haloperidol (5mg) 1 x hs - Haloperidol (2mg) 1x1 pc - Artane (2 mg) 1x hs - Lorazepam (1mg) 1 tab hs - Paracetamol 500mg 1 x prn - Vitamin B. complex 1x2 pc - Ceftriaxone 2 gm IV OD D/C F/U 1 Week Dressing Wound OD ตัดไหมตามนัด <u>Home Med</u> - Augmentin 1x2 pc # 8 - Paracetamol (500 mg) 1 tab prn #10 - Vitamin B complex 1x2 pc #20 - Haloperidol (5mg) 1xhs # 10 - Haloperidol (2mg) 1x1 pc เข้า #10 - Artane (2 mg) 1xhs #10 - Lorazepam (1mg) 1 tab hs #10	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ผลการตรวจ Urine Methamphetamine Positive การรักษาภาวะฉุกเฉิน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือการให้ยา ระวังการก้าวร้าวรุนแรงให้ผู้ป่วยสงบ มีการจำกัดพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดอาการ คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนใกล้ตัว และทำลายข้าวของโดยต้องทำอย่างเร่งด่วนภายใต้สถานการณ์ของความฉุกเฉินและข้อจำกัดของเวลา มีการเฝ้าระวังเมื่อเกิดอาการข้างเคียง ให้ได้ยาระงับอาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งสองรายไม่มีพฤติกรรมที่รุนแรงซ้ำ กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการเย็บแผลที่ห้องอุบัติเหตุได้รับ KCL Elixirs 30 ml 1 dose เพื่อแก้ไขภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ทั้ง 2 รายได้รับการจำหน่ายและนัดตรวจซ้ำ 1 สัปดาห์ และได้รับยารักษาทางจิตเวชต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 10 วัน ได้ส่งต่อพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดเพื่อให้ได้รับการติดตามต่อเนื่องในชุมชนรวมทั้งนำเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลเย็บ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
1.เสี่ยงต่อการทำร้าย บุคคลอื่น ทำลายข้าว ของและอาคารสถานที่ เนื่องจากพฤติกรรม รุนแรงและไม่ไว้วางใจ บุคคลอื่น	1.เสี่ยงต่อการทำ ร้ายตนเองซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยเสพ ยาบ้าและมี พฤติกรรมก้าวร้าว	1. ประเมิน ความ คิ ด อ ร ม ณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นทำลายข้าวของและอาคาร สถานที่ เพื่อทราบความรุนแรง และ เตรียมการป้องกันได้ทันทั่วทั้ง 2.จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่ง กระตุ้น ไม่มีสิ่งกีดกัให้เกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของ แหลมของมีคม น้ำยาเคมียา เป็นต้น 3.สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ สงบและมีความรู้สึก ปลอดภัย 4.เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้งก่อน ให้การพยาบาล ใช้น้ำเสียงที่ นุ่มนวล มั่นคงและชัดเจน 5. การประเมินความรุนแรงที่เป็น สัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทางคำพูด 6. เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้าย ตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน 7.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และให้ การรักษาตามแนวทาง 8.รายงานแพทย์ ดูแลการให้ยาและ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา 9.จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย เพื่อป้องกัน อันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยผูกมัดผู้ป่วย	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประเมิน OAS = 3 คะแนน ยังแสดงออกทางคำพูด ที่รุนแรง หงุดหงิดต่อต้าน ได้ให้กา รักษาโดยฉีดยา -Haldol 5 mg IM prn for agitation ,Valium 10 g IV prn for agitation/insomnia และ ทำการผูกมัด หลังให้การรักษา ยังมี อาการ หงุดหงิดก้าวร้าวระดับน้อยถึงปาน กลาง ได้สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ประเมิน OAS ซ้ำ = 2 คะแนน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	1. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาล 2. แจ้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อผูกมัดผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ 3. เตรียมบุคลากรให้เพียงพอ ได้แก่ ตำรวจ คนงาน พยาบาล 4. ดูแลความปลอดภัยของบุคลากร 5. ดำเนินการผูกมัดแบบ 4 จุด คือ ผูกยึดบริเวณข้อเท้าก่อนและผูกยึดบริเวณข้อมือ 2 ข้าง 6. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและให้อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูกมัดสามารถเคลื่อนไหวได้ การผูกมัดต้องหลวมให้ 1 – 2 นิ้ว สอดใต้ผ้าได้ แขน ขา ต้องไม่บิดเบี้ยว ขณะให้การผูกมัดได้คำนึงถึงความปลอดภัยและให้เกิดริ้วผู้ป่วยเสมอ 7. ประเมินอาการทุก 15 – 30 นาที 8. คลายผ้าผูกมัดออกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพผิวหนังและข้อบริเวณที่ผูกมัด ให้มีการไหลเวียนโลหิตและการเคลื่อนไหวของข้อได้อย่างปกติ 9. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 – 2 ชั่วโมง 10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะ หรืออุจจาระตามที่ต้องการ 11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 12. คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบและยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและ บุคคลอื่น	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ปฏิบัติตามแนวทางผูกมัด จัดสถานที่ให้อยู่ใกล้ที่ทำงานพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายที่จำเกิดขึ้นและทำการยุติการผูกมัดทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบหรือสามารถควบคุมอารมณ์ได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
3. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชเนื่องจากได้รับยาชนิดฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง	3.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชเนื่องจากได้รับยาชนิดฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง	1.ดูแลเฝ้าระวังการให้ยา Haloperidol 5 mg IM stat ,Valium 10 mg IV และให้ยาลดอาการข้างเคียง Artane 2 mg ตามแผนการรักษา 2. ประเมินอาการข้างเคียงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก กลืนลำบาก หัวใจเต้นไม่ปกติ หายใจ มีอาการสั่น เหงื่ออ่อนเพลีย ผิดปกติ แพ้ยา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 5. ประเมินสัญญาณชีพ พิจารณารายงานแพทย์ทราบเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยา 6. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ใช้ลิปสติคมันทาริมฟี ปากรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ขณะลูกนั่งหรือเปลี่ยนจากนอนมาเป็นนั่งหรือยืน 7. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ระวังการเกิดอุบัติเหตุ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง คือ ภาวะง่วงนอนและนอนหลับ Vital signs กรณีศึกษาที่ 1 BT=36.8 °C PR=100/min RR=20 /min BP 138/80 mmHg O ₂ sat 99 % กรณีศึกษาที่ 2 BT=36.3 °C PR=70 /min RR=20 /min BP 100/60 mmHg O ₂ sat =98 % หลังตื่นนอนกรณีศึกษาทั้ง 2 รายสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีเดินเซ อาการสงบ รับประทานยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวชได้ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุในระหว่างบำบัดรักษา
4.มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	4.มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเอง ค้นหาสาเหตุความรู้สึกที่ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 3. ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง เสริมแรง เสริมพลังความสามารถที่มี เพื่อให้สร้างความเข้มแข็งในจิตใจ	กรณีศึกษารายที่ 1 มารดาเป็นผู้ดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล มารดายังรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วยเนื่องจากถูกทำร้ายบ่อยจึงไม่ยอมให้ผู้ป่วยกลับบ้านทำให้เหนื่อยใจรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกความห่วงใยที่มีต่อกัน เพื่อความเข้าใจกันและเพิ่มคุณค่าใน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
4.มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	4.มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	4. เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเองในด้านต่างๆ สะท้อนคุณค่าในตัวเอง หลังจากการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ 5. กระตุ้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น ให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยเฉพาะในด้านบวกที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วย มีโอกาสได้แสดงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกัน	ตนเอง กรณีศึกษารายที่ 2 มีมาเป็นผู้ดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล ยังมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ยังอยากทำสิ่งที่ดี อยากมีงานทำเพื่อไม่ให้เป็นการของครอบครัว
5 แบบแผนการเผชิญ ปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม	5.แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม	1.ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2.ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีตและส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น 3.แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียทางเลือกได้เหมาะสม 4. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิหรือการผ่อนคลาย ชมเชย ให้กำลังใจ เสริมแรงในทางบวก 5.ชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการความเครียดได้	กรณี ศักดิ์ศึกษารายทั้ง 2 ราย มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประกอบกับใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถรู้คิด ตัดสินใจได้บนพื้นฐานความจริง ลดลง หงุดหงิดก้าวร้าวง่าย จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ด้วยยาและเข้ารับการบำบัดในชุมชนแบบชุมชนล้อมรั้ว เพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขณะจำหน่ายไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	6 .เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย 2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด มีผลกระทบต่อร่างกาย ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อสังคม ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงในกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสูง จากประวัติเคยพยาบาลหยุดยาเสพติดด้วยตนเองหลายครั้ง เนื่องจากจากสภาพทางจิตใจ บุคลิกภาพรวมถึงสภาพแวดล้อม ที่มียาเสพติดใน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
6. เสี่ยงต่อการ กลับไปเสพยาเสพติด ซ้ำเนื่องจากขาด แรงจูงใจในการเลิก ยา	6 .เสี่ยงต่อการ กลับไปเสพยาเสพติด ซ้ำเนื่องจากขาด แรงจูงใจในการเลิก ยา	3. ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อเสียของการใช้ยา เสพติ ด ะ ร ฐ ์ น ั้ ห ุ ด ถึ ง ก าร เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตัวผู้ป่วย เอง 4. แนะนำวิธีการป้องกันการกลับไป เสพซ้ำ เช่น การทำงานอดิเรกที่ตนเอง สนใจ การช่วยครอบครัวทำงาน 5.สอนทักษะการปฏิเสธ การคบเพื่อน การจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ 6. ให้กำลังใจผู้ป่วยที่สามารถบอก ทักษะการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการ กลับไปเสพยาซ้ำได้	ชุมชน ทำให้ไม่สามารถหยุดใช้ยา เสพติได้ ได้ให้ความรู้ ให้กำลังใจ ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา เสพติซ้ำกรณีศึกษาที่ 2 มีแรงจูงใจ เลิกเสพยาเพื่อไม่ให้เป็นภาระของ ครอบครัวกรณีศึกษาที่ 1 ขาดการ ยอมรับจากครอบครัว จึงมีโอกาสที่ จะกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากเป็นการ เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาลใน ช่วงเวลาอันสั้น จึงต้องเตรียมต้องส่ง ต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน
7 ญาติวิตกกังวล เนื่องจากเคยถูก ผู้ป่วยทำร้ายและไม่ ต้องการรับผู้ป่วย กลับบ้าน		1.ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาการก้าวร้าวหวาดระแวง และวิธีจัดการกับอาการดังกล่าว 2.แนะนำการประเมินสัญญาณเตือน การเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การ กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ หงุดหงิดไม่นอน ส่งเสียงดัง ช่มชู่จะทำร้ายคนอื่น เป็น ต้น 3. เมื่อพบว่ามึสัญญาณเตือนให้แจ้ง เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือตำรวจเพื่อ ดูแลช่วยเหลือทันที 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดง ความเข้าใจกันกระตุ้นการมีส่วนร่วม ในครอบครัว 5. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจใน สถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีทักษะ ในการทำความเข้าใจ ปัญหาและดูแลด้านจิตใจของตนเอง อย่างเหมาะสม	กรณีศึกษารายที่ 1 ญาติญาติเกิด ความเบื่อหน่ายหวาดกลัวจึงขอให้ อยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ปฏิเสธไม่ ยินยอมให้กลับสู่ชุมชนจาก จึงได้ ประสานพยาบาลจิตเวชจึงต้องให้ คำปรึกษา และสร้างความมั่นใจ ให้กับญาติไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและช่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับ และปรับตัวเข้าหากัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
7.เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลเกิด จากการทำร้าย ตนเองนิ้วมือทั้งสอง ข้าง	7.เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลเกิด จากการทำร้าย ตนเองนิ้วมือทั้งสอง ข้าง	1.ประเมินแผล และลักษณะทั่วไปของ แผล 2.บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 - 6 ชั่วโมง 3. ล้างแผลด้วยหลัก Aseptic technique วันละ 1 ครั้ง บันทึก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของแผล 4.ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gm. iv ODและสังเกตอาการข้างเคียงของยา 5.ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแล บาดแผลให้มาทำแผลทุกวันและตัด ไหมเมื่อครบ 7 วัน และไม่ให้แผลเปื่อย น้ำ	กรณีศึกษารายที่ 2 มีแผลจากการ ทำร้ายตนเองข้างซ้ายเสี่ยงต่อแผล ติดเชื้อได้รับการเย็บแผลที่ห้อง อุบัติเหตุการจากประเมินบาดแผล ตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาใน โรงพยาบาลไม่พบอาการของการ ติดเชื้อได้ให้คำแนะนำการดูแลและ บาดแผลการกลับมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจดี
	8.เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีภาวะโป แตสเซียมในเลือดต่ำ	1.สังเกตอาการเหนื่อยเพลียใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด 2.บันทึกสัญญาณชีพทุก 2 - 4 ชั่วโมง 3.จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มี กิจกรรมเท่าที่จำเป็นระวังอุบัติเหตุ 4.แนะนำญาติให้จัดหาผลไม้ที่มีโป แตสเซียมสูงให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น มะละกอ กุ้ง ส้ม องุ่น เป็นต้น 5.บันทึกสารน้ำเข้าออก เพื่อประเมิน ความสมดุล ของระดับ เกลือแร่ใน ร่างกาย 6.ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการ รักษา 7.ดูแลให้ได้รับยา KCL Elixirs 30 ml ตามแผนการรักษา	กรณีศึกษารายที่ 2 มีระดับโป แตสเซียมในกระแสเลือด 3.24 mmol/L ดูแลให้ได้รับ KCL Elixirs 30 ml 1 dose state ให้คำแนะนำ การรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อรับประทานผลไม้ที่มีโปแต สเซียม ผู้ป่วยเข้าใจดีบอกชนิดของ ผลไม้ที่หาได้ในท้องถิ่นได้ อาการ เหนื่อยอ่อนเพลียลดลง
8.การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยตาม หลัก D -METHOD	9.การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยตาม หลัก D -METHOD	1.ให้ความรู้และประเมินความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยและญาติ 2.วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการ จำหน่าย D METHOD D- Diagnosis ให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด การ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การกลับไปเสพซ้ำ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความรู้และ เข้าใจ แผนการรักษาและการ ปฏิบัติตัว โดยกรณีศึกษาที่ 1 ได้ให้ คำปรึกษาแก่ญาติให้เกิดความ มั่นใจในความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วย จำหน่ายกลับบ้าน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
8.การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยตาม หลัก D -METHOD	9.การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยตาม หลัก D -METHOD	M - Medicine แนะนำการใช้ยา สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อระวังและ อาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยา E – Environment แนะนำการจัด สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมหลีกเลี่ยง ตัวกระตุ้นที่มีอยู่ในบ้าน และวัตถุที่เป็น อันตราย T - Treatment แนะนำการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำ การปฏิบัติตัว การช่วยเหลือจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง H- Health แนะนำการพักผ่อนอย่าง เพียงพอ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพแบบ 3 อ 2 ส. O - Out patient แนะนำการมารับ การตรวจตามนัด การขอความ ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน 1669 D – Diet การรับประทานอาหารที่ เหมาะสม	

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีพฤติกรรมรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุต่างกันแต่มีผลสืบเนื่องจากการเสพยาบ้าเหมือนกัน ซึ่งทั้งสองรายประเมินจากประวัติและพฤติกรรม ประเมิน OAS = 3 คะแนน ผลการตรวจ Urine Amphetamine ให้ผลบวกทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะทางกายคือมีผลที่นิ้วมือทั้งสองข้างจากการทำร้ายตนเอง และภาวะ Hypokalemia กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้สารเสพติดหลักคือยาบ้า เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและหลีกเลี่ยงปัญหา มีลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความขัดแย้งในครอบครัว มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หลังการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิต ทั้งชนิดฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นและยารับประทาน เพื่อควบคุมอารมณ์

ร่วมกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น กรณีศึกษารายที่ 1 ยังมีความกดดันจากการที่ครอบครัวปฏิเสธ ทำให้ระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 ได้ประสานงานกับพยาบาลจิตเวชเพื่อเพิ่มการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติจนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง รวมทั้งครอบครัวและสังคม พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะความรู้และความสามารถสูงในการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งระยะฉุกเฉิน การดูแลต่อเนื่อง และเตรียมจำหน่าย โดยการให้การบำบัดควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธ์ภาพและทักษะการให้คำปรึกษา

การพยาบาลผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในการวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด โดยให้การดูแลในลักษณะทีมวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ชุมชน ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้กำลังใจ แก้ไขความวิตกกังวล เผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี มีการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดโดย พยาบาลเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติในการ สร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พุดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลและแก้ปัญหา มีความหวังกำลังใจ ให้ผู้ป่วยปรับตัวผ่านระยะวิกฤติของชีวิต เชื่อมประสานชุมชน และภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติด สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

1. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดควรได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะให้มี ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ ยาเสพติดที่มี พฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
2. ควรนำผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาเพื่อจัดทำ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปแบบและ แนวทางที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐาน
3. ส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตร เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อพัฒนา ศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ถึงระบบ บริการสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ การศึกษารูปแบบ การบำบัดรักษา การพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยา และสารเสพติด อย่างเป็นองค์รวม
4. สถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สุขภาพจิตและยาเสพติดควรมีอุปกรณ์ให้พร้อมในการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติการ

พยาบาล สถานที่ควรเป็นมุมห้อง อยู่ในโซนสีเหลือง มีช่องทางการเข้าออก 2 ทาง มีการจัดเก็บและดูแล เครื่องมือ อุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย มีระบบแจ้ง เตือน สัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

5. ควรมีการสร้างเครือข่ายประสานงาน ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีความเสี่ยง สูงต่อการก่อความรุนแรง ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มี ช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนในกรณีต้องขอความช่วยเหลือ ในการร่วมดูแลผู้ป่วย มีเครือข่ายเฝ้าระวังแจ้งเหตุ โดยมีการบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการ ดูแลที่ต่อเนื่องและแก้ปัญหาได้ทันทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษารายกรณีควรทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หากศึกษารายกรณีเป็น เวลานานมากเท่าใดยิ่งได้ผลดีมากเท่านั้น จะทำให้ทราบผล ของการพัฒนาพฤติกรรมและสาเหตุของปัญหาชัดเจน นำไปสู่การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การ บำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทพรอส เพอร์สพลัส จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. ปิยอนต์ พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). หลักสูตร การให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหา ด้านจิตเวชสำหรับพยาบาล.

- ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2564). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในกลุ่มเลือกสรร: บุคลิกภาพผิดปกติ พฤติกรรมก้าวร้าวและการถูกทารุณกรรม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2556). การดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิตเวชจากการเสพสารเสพติด. ในฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2 (หน้า 226-254). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส จำกัด.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แฉ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (2557). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ญาติดา วุฒิสาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม, และธัญญาสิริ ธัญสวัสดิ์. (2565). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาวในกระบวนการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(2), 365 – 375.
- ทิพย์ภา เชษฐ์เขาวลิต. (2559). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติดใน วันดี สุทธิรังษี, ฌนอมศรี อินทนนท์ และ ศรีสุดา วนาสีสิน (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช(หน้า 113-128). สงขลา : โครงการตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธวัชชัย ลิฬหนาจ. (2549). โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติด พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ : บางกอกบล็อก.
- ธิตพันธ์ อานันรัตน์. (2555). ทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับบุคลิกภาพผิดปกติในทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : พุ่มทอง.
- เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2558). โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder). ใน นันทวัช ลิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤติยาคามิ, สุพร อภินันท์เวชและพนม เกตุมาน(บรรณาธิการ), จิตเวชศิริราช DSM-5 (หน้า 455-466). กรุงเทพฯ : ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์. มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2560.
- มุกข์ตา ผดุงสยาม.(2561). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร บริษัท นิโอ ดิจิตอล จำกัด
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) (2563) . แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่.
- สายรุ้ง ภูณาคำ. (2566).การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงจากการใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 (2023) กรกฎาคม - กันยายน, 577-589
- สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.
- ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศ . สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2567 , จาก <https://antidrugnew.moph.go.th>
- โสภิตา ดาวสดใส.(2564). คู่มือ การเรียนการสอน หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด(หน้า 97 – 104).ขอนแก่น : บริษัท ขอนแก่นพิมพ์พัฒนา จำกัด.
- อังกูร ภัทรการ และคณะ. (2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community base treatment : CBTx)สำหรับชุดปฏิบัติการในชุมชน “วิถีใหม่การแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างยั่งยืน”. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ออนป้าจำกัด.