

การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพยา : กรณีศึกษา
Nursing care of depression with suicide attempt due to cannabinoid use: Case study
 (Received: February 25,2025 ; Revised: February 26,2025 ; Accepted: February 28,2025)

กัลยา มาศ แจ่มกลาง¹
 Kanyamat Jamklang¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับมีการเสพยา โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นชายไทย อายุ 22 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาที่รพ.โนนสูงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 มารดาให้ประวัติว่า 1 วันจะทำร้ายตนเองด้วยการผูกคอ เมื่อ 5 วันก่อน กรีดข้อมือขวา ไม่ได้รักษาที่ไหนมาก่อน 1 ปี เครียด คิดมาก นอนไม่หลับ คบเพื่อนกลุ่มใช้สารเสพติด สุกัญชา 1 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ผลตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ

ผลการศึกษา : ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q= 8 คะแนน 8Q= 26 คะแนน แพทย์วินิจฉัย Major depressive disorder with severe suicidal idea แพทย์พิจารณาให้อนรับรักษาตัวที่โรงพยาบาลโนนสูง Suicidal precaution รักษาด้วยยา Nortrip (25) 1x1 hs , Fluoxetine(20) 1x2 pc , Clonazepam (0.5) 1x1 hs การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองซ้ำโดยประเมินอาการ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด ดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สอนให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อตนเอง ไปสู่อาคต สร้างความตระหนักถึงโทษของกัญชาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา ประเมินการใช้สารเสพติดโดยใช้ทฤษฎี stages of change เสริมแรงใจในการบำบัด โดยการให้คำแนะนำกับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและทบทวนเป้าหมายระยะยาวตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Stage of change ของผู้ป่วยอยู่ในขั้นตระหนักว่ามีปัญหา (Contemplation stage) มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาและยาเสพติด แต่ไม่มั่นใจว่าจะเลิกได้ เพราะยังติดเพื่อนอยู่ ได้มีการวางแผนการจำหน่ายแนวทาง D-METHOD ให้ความรู้แก่ญาติและผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ขณะรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเองซ้ำ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 นัดมาตรวจที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลโนนสูงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่ใช้สารเสพติด ผลตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะผลเป็นลบ

คำสำคัญ : ซึมเศร้าพยายามทำร้ายตนเอง, เสพกัญชา, การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study nursing care of depression with suicide attempt due to cannabinoid use. The male patient 22 year olds. General employee, Occupation. visited to In Patient Department in Nonsung Hospital on 8 November 2024. Mother gives history that One day Suicidal attempt by hanging. 5 days ago, He cut his right wrist. Haven't had treatment anywhere before. 1 year of stress, thinking too much, unable to sleep, hang out with friends who using drugs, smoking cannabis for 1 year. No underlying disease. Urine test results did not find any drugs in the urine.

Result : Depression assessment 9Q= 8 points, 8Q= 26 points. Diagnosis : Major depressive disorder with severe suicidal idea. Doctors considered him to be admitted to Non Sung Hospital for treatment. Suicidal precaution. Treat with Nortrip (25) 1x1 hs , Fluoxetine(20) 1x2 pc , Clonazepam (0.5) 1x1 hs. Nursing care to monitor for repeated self-harm by evaluating symptoms. Depression and the risk of self-harm. Build a therapeutic relationship. Nursing care to take medicine according to the doctor's treatment plan. Make the environment safe. Teach the patient to recognize negative automatic thoughts. Encourage patients to shift their view of

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง

themselves towards the future. Raise awareness of the dangers of cannabis to prevent relapse into use. Assess substance use using stages of change theory. Enhance motivation for therapy By giving advice on problems that patients need help with and reviewing long-term goals step by step. Behavioral change. The patient's stage of change is in the stage of realizing that there is a problem (Contemplation stage). Knowledgeable about cannabis and drugs But I'm not sure I can quit. Because I still have friends. Discharge plans have been made with D-METHOD guidelines to educate relatives and patients upon return home. While in the hospital, the patient did not injure himself again. Doctors allowed him to go home on November 11, 2024. Make an appointment to Follow up at the mental health clinic. Non Sung Hospital, November 25, 2024. Patients come for checkups according to their appointments. Take medicine continuously. No thoughts of harming yourself. Do not use drugs. Urine drug test results were negative.

Keywords : Depression, Suicidal attempts, cannabis use, nursing

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจของบุคคลต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปของความเปราะบางทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ เศร้าใจ เสียใจ หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม จึงทำให้เกิดความแปรปรวน ด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกายและพฤติกรรม โดยเป็นติดต่อกันนานมากกว่า 2 สัปดาห์ จนความแปรปรวนเหล่านั้นนำไปสู่การพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายในที่สุด เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่มีผลกระทบต่อประชากรโลกสูง เนื่องจากเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้นมักจะส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ สุขภาวะ คุณภาพชีวิต ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดลำดับดัชนีภาระโรค (Burden of Disease) เป็นลำดับที่ 3 มีการคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2570) โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นลำดับที่ 1 ของปัญหาสุขภาพทั้งหมด ในประเทศไทยมีการจัดลำดับจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชาชนชาวไทยในปี 2562 พบว่าโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 9 ในเพศชาย และเป็นลำดับที่ 4 ในเพศหญิง ด้วยความรุนแรงของโรคทำให้พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 20-35 ผู้ป่วยซึมเศร้านั้นมีพฤติกรรมการฆ่าตัว

ตาย (Suicidal behavior) โดยผู้ป่วยมีพฤติกรรมข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) การมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal idea) 2) การพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) 3) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (committed suicide) และ 4) การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยมีเป้าหมายอื่นที่ไม่ใช่การเสียชีวิต (suicidal gesture)¹

การใช้กัญชาในผู้ป่วยซึมเศร้า กัญชาเป็นพืชที่มีผลออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เป็นพืชเสพติดที่มีการผลิตและมีผู้บริโภคแพร่หลายเนื่องจากนำมาใช้เพื่อระงับอาการเจ็บปวด ผลกระทบจากการเสพติดกัญชาจากการศึกษาวิจัย พบว่ากัญชาเป็นยาเสพติดอีกชนิดหนึ่ง ที่มีอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพมากเกินกว่าที่คาดคิด อาทิเช่น ทำลายสมรรถภาพทางกายของผู้เสพกัญชาในปริมาณมาก ๆ เป็นระยะเวลานาน ๆ จะทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมจนไม่สามารถประกอบกิจการงานใดๆ ได้ โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้แรงงาน ความคิดและการตัดสินใจรวมทั้งจะมีลักษณะการหมดแรงจูงใจของชีวิตจะไม่คิดทำอะไรเลย อยากอยู่เฉยๆ ไปวันๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการทำงานเป็นอย่างมากทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานเสื่อมลงหรือบกพร่อง ร่างกายจะอ่อนแอและติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ทำลายสมอง การเสพติดกัญชาแม้เพียงระยะสั้น ทำให้ผู้เสบบางรายสูญเสียความทรงจำ เพราะฤทธิ์ของกัญชาจะทำให้

สมองและความจำเสื่อม เกิดความสับสน วิดกกังวล และหากผู้เสพเป็นผู้มีอาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงมากกว่าคนปกติทั่วไป พฤติกรรมของกัญชาจะทำให้ผู้เสพยามีอาการเลือนลาง ผันเพื่อง ความคิดสับสน และมีอาการประสาทหลอน จนควบคุมตนเองไม่ได้ซึ่งถ้าเสพยาเป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีอาการจิตเสื่อมนอกจากผลร้ายที่มีต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ² การใช้กัญชาอาจก่อให้เกิดผลกระทบอันตรายต่อสุขภาพ มีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่ใช้ประมาณ 1.2 เท่า และมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าคนไม่ใช้³

ปริมาณผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยตลอด จากข้อมูลการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าสะสมระหว่างปี 2561–2566 มีจำนวน 467,085 คน , 905,286 คน , 1,092,113 คน , 1,118,986 คน , 1,287,386 คน, และ 1,299,350 คน ตามลำดับ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและกลับบ้านใกล้ชิดในชุมชน โดยจากสถิติอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยซึมเศร้าสะสมระหว่างปี 2561–2566 จำนวน 1,313 คน, 1,528 คน 1,704 คน, 1,833 คน, 2,247 คน และ 3,190 คน⁴ จากแนวโน้มที่สูงขึ้นของจำนวนผู้ป่วยร่วมกับความซับซ้อนของโรคและผลกระทบที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น คือมีการใช้สารเสพติดร่วมกับมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับการเสพยากัญชา เพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์สาเหตุและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุม ตลอดจนนำผลการศึกษามาพัฒนาการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับการเสพยากัญชาในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับการเสพยากัญชา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ารับการรักษาที่รพ.โนนสูงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2568 ด้วย 1 ปีที่ผ่านมา เครียด คิดมาก นอนไม่หลับ 5 วันก่อนกรีดข้อมือข้างขวา 1 วันจะทำร้ายตนเองด้วยการผูกคอ มารดานำส่งโรงพยาบาล ประวัติสูบบุหรี่ ปฏิสารโรคประจำตัว ปฏิสารการผ่าตัดและการแพ้ยา ผลการตรวจทางด้านร่างกาย สัญญาณชีพปกติ ระดับออกซิเจนในเลือดปกติ พบมีรอยกรีดที่ข้อมือขวา ขนาดยาว 1 นิ้ว แผลหายแล้ว รอยแผลแดง ผลการตรวจทางระบบประสาท ปกติ : E4V5M6, pupil 2mm RTLBE, motor gr V all, no dysarthria, no facial palsy ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Amphetamine (Urine) : ผลลบ Marijuana (Cannabinoid)(Urine) : ผลลบ ผลตรวจปัสสาวะ : ปกติ ผลตรวจเลือด : CBC , BUN , Creatinine, Electrolyte , Liver Function test ปกติ ผลตรวจเอกซเรย์ปอดและตรวจคลื่นหัวใจปกติ ผลการตรวจและประเมินทางจิตวิทยา พบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q = 2 คะแนน ผล Positive ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q = 8 คะแนน Mild depressive , 8Q = 26 คะแนน Severe Suicide Idea แพทย์วินิจฉัย Major depressive disorder with severe suicidal idea พิจารณาให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลโนนสูง

ผลการศึกษา

การประเมินสภาพร่างกายแรกพบ : ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างผอมสูง ผิวดำ ค้ำ ผมหวดสั้น น้ำหนัก 51.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตร สัญญาณชีพ

อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/79 มิลลิเมตรปรอท ผิวหนัง มีรอยแผลที่ข้อมือข้างขวา ขนาดยาว 1 นิ้ว แผลหายแล้ว รอยแผลแดง ไม่มีจ้ำเลือดที่ผิวหนัง ศีรษะไม่มีบาดแผล ผมสีดำสั้น ใบหน้า ไม่มีบิบัติเขียว บริเวณใบหน้าไม่มีบาดแผล ไม่มีอวัยวะผิดปกติ หรือข้อบวม การเดินปกติ

การประเมินสภาพจิต วันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 : การรับรู้ปกติ ผู้ป่วยจะอยู่ในอารมณ์เศร้า สีหน้าเรียบเฉย ภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยเวลาพูดคุย สอดคล้องกับเหตุการณ์ รูปแบบการคิด ผู้ป่วยมีความคิดไม่สมเหตุสมผลเนื่องจากเวลาเครียด มีปัญหา จะเก็บไว้คนเดียว ออกไปหาเพื่อน ใช้สารเสพติด ในความไวของการคิด ผู้ป่วยมีความคิดซ้ำ ตอบคำถามซ้ำบ้างบางครั้ง การใช้ภาษา ผู้ป่วยใช้ภาษาที่ตรงไปตรงมา สัมพันธ์และสอดคล้องกันดี การประเมิน Insight จากการพูดคุยสอบถาม ผู้ป่วยรับรู้ตระหนักในปัญหาของตนเองว่าเครียด เสพกัญชา รับรู้ว่าไม่ดี การทดสอบ Sensorium จากการสอบถามผู้ป่วยสามารถบอกวันที่ เวลาและ สถานที่ ได้ถูกต้อง การประเมินระดับสติปัญญาทั่วไป (Intellectual capacity) ทดสอบ Current events โดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกว่าธงชาติไทยมีกี่สี ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้อง การทดสอบความสามารถทางการคำนวณ โดยบอกให้ผู้ผู้ป่วยเอา ๓ ลบจาก ๒๐ ไปเรื่อยๆ ซึ่ง ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ ประเมินโรคซึมเศร้า (8 พฤศจิกายน 2568) 2Q = 2 คะแนน(มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า) 9Q = 8 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย) , 8Q = 26 คะแนน (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง)

การพยาบาล

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง ให้การพยาบาลโดยประเมินอาการภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

จากสีหน้า คำพูด ความคิด ความรู้สึก ท่าทาง การกระทำ และสถานการณ์สิ่งแวดล้อม บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงไว้ในแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองสื่อสารในทีมการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเอง จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วยโดยไม่โต้แย้งและควรจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัวไม่มีบุคคลอื่นรบกวนขณะพูดคุยกับผู้ผู้ป่วยดูแลให้ได้รับประทานยา Nortriptyline (25 mg) 1x1 oral hs , Fluoxetine (20 mg) 1x1 oral pc เช้า และ Clonazepam (0.5) 1x1 oral hs ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า จัดเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้ในการทำร้ายตนเอง จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือสิ่งแวดล้อมมากขึ้น สังเกตอาการ เมื่อพบท่าทางผิดปกติ อยู่ไม่ติดที่ และถามความรู้สึกผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อหาสาเหตุลดความกลัว ความกังวล เฝ้าระวังการทำร้ายตนเองต่อเนื่อง ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเอง และเป้าหมายของชีวิต จากการแสดงออกทางสีหน้า แววตา คำพูด น้ำเสียง พูดคุย ให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความรู้สึก ความคิดที่เกิดขึ้นกับเรื่องราวต่างๆ รวมทั้งเหตุผลของความคิดอัตโนมัติทางด้านลบที่มีต่อตนเองด้วยการฟังอย่างตั้งใจ และเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น พูดคุยให้คำปรึกษากับผู้ป่วยตามกระบวนการจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยการสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักเรื่องราวในชีวิตของผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจปัญหาต่างๆ แนะนำให้รู้จักการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายของการบำบัดรักษาครั้งนี้ มีการตั้งคำถามด้วยคำถามที่ชวนให้ผู้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดที่วนเวียนเรื่องเดิมๆ

ที่ทำให้ตนเองเศร้า ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นว่ามีความสัมพันธ์กับอารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกายที่ทำให้ตนเองมีอารมณ์เศร้า ซึ่งเวลาเศร้าเรื่องชีวิต ผู้ป่วยมักจะออกจากบ้านไปหาเพื่อน จึงทำให้ผู้ป่วยได้ทดลองหากิจกรรมใหม่ เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมไม่ให้คิดเรื่องที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ให้ตนเองมีการเคลื่อนไหว มีผลกำลัง ลดความเฉื่อยชา มีอารมณ์ดีขึ้น ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดลบของตนเอง สอนให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thought) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยทันที ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบว่า ความคิดนั้นเป็นจริงไหม แต่กลับเป็นความคิดที่ส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิต ดังนั้นเมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้น ไม่ควรที่จะปักใจเชื่อความคิดนั้นทันที ควรพิสูจน์ หรือตรวจสอบความคิดนี้ก่อนว่าเป็นความจริงไหม หรือเป็นความคิดที่มีประโยชน์หรือเปล่า สอนเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกกำหนดลมหายใจ เข้าออกช้าๆ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกกังวลหรือเครียด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อตนเอง (Modified thoughts) ไปสู่อนาคต สร้างความมั่นใจในตนเอง ดึงศักยภาพที่มีของตนเอง กลับคืนมา ให้อยู่กับปัจจุบัน กับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และค่อยๆ สร้างกำลังใจ สร้างแรงจูงใจ ให้กลับคืนมา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีมุมมอง ความคิด ทศนคติที่ดีต่อตนเอง รู้จักให้อภัยตนเอง ให้อภัยผู้อื่น ให้ค้นหาและมองเห็นความสำเร็จของตนเองในอดีต ให้เล่าถึงความภาคภูมิใจที่ผ่านมา และให้กำลังใจ ให้คำชมเชย เชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์กันในรูปแบบ ปฏิสัมพันธ์ (Interaction model) ความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาทางร่างกาย และพฤติกรรม ผู้ป่วยสามารถ แยกแยะความคิด และอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น และสามารถโต้แย้งความคิดของตนเองได้มากขึ้น รวมทั้งได้ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ หรือปรับแก้ปัญหามากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักตัวเองมากขึ้น ซึ่งทำให้

ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสามารถ เช่น การทำงานรับจ้างหาเลี้ยงครอบครัว ดูแลส่งเสีย น้องเรียนและเลี้ยงดูแม่ พูดคุยสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยเคยประสบมา วิธีจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา และร่วมกันคิดวิธีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ รวมทั้งทักษะการแก้ปัญหา พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการสถานการณ์ความเครียด และใช้ทักษะต่างๆ ที่เรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยมีโอกาสนำกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดความตระหนักรู้เรื่องโทษของกัญชา กิจกรรมการพยาบาลที่ได้มีการประเมินความตระหนักรู้และผลเสียจากการใช้กัญชา การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินการใช้สารเสพติดโดยใช้ทฤษฎี stages of change ให้การพยาบาลเพื่อเสริมแรงจูงใจในการบำบัด (MI) โดยการให้คำแนะนำกับปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและทบทวนเป้าหมายระยะยาวตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยให้ลองบอกข้อดี ข้อเสียของกัญชา พูดคุยกับผู้ป่วยถึงสถานการณ์ ประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาก็เคยทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดและเรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่ไม่ต้องใช้ยาเสพติด อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการขาดยาที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาขาดยา เช่น ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หงุดหงิด ปวดศีรษะ และหาแนวทางในการจัดการกับอาการดังกล่าว พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันหาแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมเผชิญกับตัวกระตุ้นต่างๆ และกำจัดอุปสรรคการเสพยา โดยจำลองสถานการณ์ขึ้น เมื่อต้องไปเผชิญเหตุการณ์หรือตัวกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปใช้ยาเสพติด และเสริมทักษะการปฏิเสธ และวิธีการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติด พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับวงจรการอยากยาและหาวิธีที่จะหยุดวงจรนั้นด้วยตัวเอง โดยหลีกเลี่ยงการ พูดคุย

หรือบรรยายขั้นตอนการเสพยาหรือความรู้สึกที่อยาก
ใช้ยา แต่ให้มุ่งการตั้งเป้าหมายและวิธีการที่จะเลิกใช้
ยา และให้กำลังใจสนับสนุน แนะนำวิธีการเบี่ยงเบน
ความสนใจให้ผู้ป่วยหากิจกรรมเมื่อมีเวลาว่าง เช่น
เล่นกีฬา หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ สนับสนุนให้
ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะพื้นฐานต่างๆในการเลิกยา เรียนรู้
ว่าความคิด อารมณ์ พฤติกรรมต่างๆ สามารถ
เปลี่ยนแปลงได้ ให้กำลังใจผู้ป่วยและให้ความรู้
เกี่ยวกับทักษะต่างๆในการป้องกันการกลับไปเสพยา
เสพติดซ้ำ เทคนิคการจัดการกับอารมณ์ ความเชื่อ
ความคิดที่จะทำให้กลับไปเสพยาเสพติด ให้
คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) มีการ
ประเมินการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และแรงจูงใจและ
ความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดซ้ำเป็นระยะๆของ
การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎี
stages of change การประเมินผล ผู้ป่วยบอก
ผลเสียของกัญชาว่า “ทำให้ไปทำลายสมอง สุขภาพ
แย่ลง เศร้ากว่าเดิมและเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย
” บอกวิธีการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติด
ได้ว่า “อาจต้องเลิกคบเพื่อนแกลวนั้น หักห้ามใจ
ตัวเอง อาจหาอะไรทำเพื่อไม่ให้สนใจสารเสพติด
เพราะตั้งใจหาเงินส่งน้องเรียน” Stage of change
ของ ผู้ป่วย อยู่ในขั้นตระหนักว่ามีปัญหา
(Contemplation stage) มีความรู้เกี่ยวกับกัญชา
และยาเสพติด แต่ไม่มั่นใจว่าจะเลิกได้ เพราะยัง
คิดถึงเพื่อนอยู่

ผู้ป่วยมีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากไม่
ตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเองและญาติไม่รู้
วิธีการดูแลผู้ป่วย จึงได้สำรวจปัญหาและให้การ
ปรึกษาครอบครัวในการดูแลและยอมรับในการ
เจ็บป่วยของผู้ป่วย อธิบายการปฏิบัติตัวตามแนวทาง
D-METHOD ประเมินผลการให้ความรู้แก่ญาติและ
ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ทบทวนและ
เสริมส่วนที่ขาด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ
เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อ

ผู้ป่วย เพื่อให้ญาติรู้สึกผ่อนคลาย เพราะการดูแล
ผู้ป่วยญาติมีความรู้สึกเครียด และวิตกกังวล แนะนำ
แหล่งสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ในการให้
ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การ
ประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ ตระหนักถึงการเจ็บป่วย
ของตนเองและรับปากว่าจะรับประทานยาอย่าง
ต่อเนื่อง บอกจะมาตามนัดตามกำหนด แพทย์
อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 11 พฤศจิกายน
2567 นัดมาตรวจที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาล
โนนสูงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567 ผู้ป่วยมาตรวจ
ตามนัด ไม่ขาดยา ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่ใช้
สารเสพติด ผลตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะผลเป็น
ลบ นัดเข้าคลินิกฟ้าใส(บำบัดสารเสพติด)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่
พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับการเสพยา กัญชา
ผู้ป่วยเพศชาย วัยทำงาน มาด้วยอาการสำคัญ เครียด
คิดมาก นอนไม่หลับ พยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้าย
ตนเอง ประวัติสูบบุหรี่ ประเมินโรคซึมเศร้า (8
พฤศจิกายน 2568) 2Q = 2 คะแนน(มีแนวโน้มเป็น
โรคซึมเศร้า) 9Q = 8 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับ
เล็กน้อย) , 8Q = 26 คะแนน (มีแนวโน้มจะฆ่าตัว
ตายในปัจจุบันระดับรุนแรง) การจัดการพยาบาลที่
สอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่สำคัญคือ
ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
ซ้ำ จึงเน้นการพยาบาลเฝ้าระวังสังเกตพฤติกรรม
อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา การจัดสิ่งแวดล้อมที่
ปลอดภัยก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญให้ผู้ป่วยรู้สึก
ปลอดภัย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
เพื่อให้เกิดความเป็นมิตร พยาบาลรับฟังปัญหาโดย
ไม่โต้แย้งหรือตัดสิน ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้
ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งปัจจัยเกี่ยวข้องกับการ
ฆ่าตายตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทั้งปัจจัย
ภายนอกและภายในจิตใจ ปัจจัยภายนอกคือคำพูด

ของคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ปัญหาในชีวิตครอบครัว ปัจจัยภายในคือ ความคิดอยากหนีปัญหา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้กัญชาตอบสนองต่อการรักษา โรคซึมเศร้าไม่ดีทั้งในด้านอารมณ์เศร้าและความคิดอยากฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยกลุ่มยาต้านเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย และคณะ ที่กล่าวว่า การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าควรให้การรักษาด้วยยาที่เหมาะสมกับอาการนั้นๆ เช่น ยาต้านเศร้า และพิจารณาปรับไว้เป็นผู้ป่วยในรายที่มีความเสี่ยงสูง การพยาบาลที่สำคัญคือจุดเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้เกิดความเป็นมิตร ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาลในการระบายความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่แท้จริงออกมา เพื่อนำไปสู่วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยทั้งด้าน อารมณ์ สังคมและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูมิรินทร์ และคณะ ที่กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในทุกด้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ดี ป้องกันความเสี่ยงรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นคือ การฆ่าตัวตาย การสร้างความตระหนักรู้เรื่องโทษและผลเสียของกัญชา⁵ ใช้ทฤษฎี stages of change เสริมแรงจูงใจในการบำบัด (MI) จำลองสถานการณ์เพื่อเตรียมเผชิญกับตัวกระตุ้น เสริมทักษะการปฏิเสธและวิธีการปฏิเสธหากมีคนชักชวนให้ใช้สารเสพติด ให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) ซึ่ง Stage of change ของผู้ป่วยอยู่ในขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาและยาเสพติด แต่ไม่มั่นใจว่าจะเลิกได้ การเตรียมตัวก่อนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD^{6,7} ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค การรักษา โทษของกัญชา ตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเอง⁸ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านบ้านได้ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 ผู้ป่วยมารักษาต่อเนื่องตามนัด ยังไม่พบการทำร้ายตนเองซ้ำ

ผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะเป็นลบ การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามทำร้ายตนเองร่วมกับการ เสพกัญชานั้น จะประสบผลสำเร็จได้ต้องประกอบไปด้วย พยาบาลจำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความรู้และทักษะทางการพยาบาล มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ ใช้เครื่องมือประเมินที่ไว ประเมินอาการสภาพจิต สังเกตและประเมิน พฤติกรรมที่มีความเสี่ยงอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยไม่มีอันตราย ให้การพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เน้นการเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาและ ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมในเชิงบวก โดยการใช้เทคนิคให้คำปรึกษาและการปรับพฤติกรรม⁹ รวมทั้งเตรียมจำหน่ายโดยการส่งเสริมครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของปัจจัยปกป้องส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปบ้าน ลดการกลับมารักษาซ้ำได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ร่วมกับการมีการใช้สารเสพติด พยาบาลต้องมีความรู้ ประสพการณ์ในการประเมินอาการผู้ป่วย เฝ้าระวังการทำร้ายตนเองซ้ำ และสามารถแยกแยะอาการได้อย่างชัดเจนเพื่อรายงานแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้กัญชา ควรได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม ด้านประวัติการ เสพกัญชา การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย
3. ควรสนับสนุนการจัดสถานที่สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยในโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพนอนรักษาคู่รวมกับผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไป

4. จัดระบบการดูแลให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล ในชุมชนควรให้คำแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติเข้าใจว่า การรับฟัง การเข้าใจความเจ็บป่วย การให้กำลังใจ

สามารถช่วยลดโอกาสไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองซ้ำ ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตัวเองและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายป่วยจากโรคซึมเศร้า และไม่ทำร้ายตนเองซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2563). ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 8). วนิดาการพิมพ์.
2. อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, จิตรประสงค์ สิงห์นาง. คู่มือการดูแลทางสังคม จิตใจ ผู้มีปัญหายาเสพติด สำหรับบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต[เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/124>
3. Hosseini, S., & Oremus, M. (2019). The effect of age of initiation of cannabis use on psychosis, depression, and anxiety among youth under 25 years. *Can J Psychiatry*, 64(5), 304–12.
4. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง. (2566). การให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด. โรงพยาบาลโนนสูง.
5. ภูมิรินทร์ อินชวณี, ขนันทน์ แสงปาก, สุภาพ เหมือนชู.การพยาบาลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2560;18(2):14-27.
6. เอกอุมา อัมคำ. (2565). การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ (พิมพ์ครั้งที่3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
7. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2560). คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการเสพติด. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2568, จาก <https://shorturl.asia/AjeZx>
8. Lev-Ran, S., Roerecke, M., Le Foll, B., George, T.P., McKenzie, K., & Rehm, J. (2014). The association between cannabis use and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*, 4(4), 797-810.
9. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ Psychiatric Nursing (พิมพ์ครั้งที่ 1).สายธุรกิจการพิมพ์. <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/66/nurse-66.pdf>