

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Schizophrenia Patients with Amphetamine Dependence: 2 Case Studies.

(Received: January 28,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 9,2026)

ศศิธร ภูษยน์¹
Sasitorn Pukayun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม กรณีศึกษา 2 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติด สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยเมตตา รพ.กาฬสินธุ์ กรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 10 ตุลาคม 2568 - 6 พฤศจิกายน 2568 และกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 - 17 ธันวาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การประเมินอาการ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ใช้แนวคิดการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน การพยาบาล และมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia with Amphetamine dependence และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Methamphetamine positive หลังได้รับการบำบัดรักษาและการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการทางจิตสงบ ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและไม่ทำลายสิ่งของ ยอมรับการเจ็บป่วย รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์ จากการได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช ไม่เกิดภาวะพิษเฉียบพลันจากสารเสพติดแอมเฟตามีน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสารเสพติดแอมเฟตามีน มีการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นและครอบครัวได้ดีขึ้น ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม, การพยาบาล, กรณีศึกษา

Abstract

This study is a case study aimed at comparing nursing care for patients with schizophrenia and comorbid amphetamine dependence through two case studies. Purposive sampling was used to select participants who met the inclusion criteria. Both patients were diagnosed with schizophrenia with amphetamine dependence and were admitted as inpatients to the Metta Psychiatric Ward, Kalasin Hospital. Case Study 1 was hospitalized from October 10 to November 6, 2025, and Case Study 2 from November 27 to December 17, 2025.

The study instruments included inpatient medical records, interviews with patients, families, and community members, symptom assessment, history taking, and physical examination. Gordon's 11 Functional Health Patterns were applied as the conceptual framework to analyze data, formulate nursing diagnoses, develop nursing care plans, and continuously evaluate nursing outcomes.

Study Results: The results showed that both patients were diagnosed with schizophrenia with amphetamine dependence, and laboratory findings revealed positive urine methamphetamine tests. Following treatment and nursing care, both patients showed stabilized psychiatric symptoms, no aggressive behaviors toward themselves or others, and no property destruction. They accepted their illness, adhered to prescribed medications, experienced no adverse drug reactions, no acute amphetamine intoxication, and no complications related to amphetamine withdrawal. Interpersonal relationships and family interactions improved, and families demonstrated increased knowledge and understanding of caregiving.

Keywords: Schizophrenia Patient with Amphetamine Dependence, Nursing care, Case study

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป¹ พบได้มากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรง ซึ่งทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 23 ล้านคน² ในประเทศไทย ปี 2568 พบ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.86 (472,432 ราย)³ โดยปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเภทดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลและบุคคลในสังคม ก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม¹

สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหายาเสพติดนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และทั่วโลกมายาวนานมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบในหลายด้านทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมและครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ⁴

โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัจจัยเสี่ยงของการติดสารเสพติดมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป จากความบกพร่องของสมอง การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมหรือครอบครัวที่เกี่ยวข้องสารเสพติด รวมถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วย โรคจิตเภทซึ่งทำให้ความสามารถลดลง ทั้งด้านทางสังคมและการทำงาน นอกจากนี้การใช้สารเสพติดมีผลทำให้อาการแย่ลง เกิดความอยากเสพยาเสพติดและติดการเสพยาอย่างรุนแรง⁵

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม เป็นสาเหตุทำให้อาการกำเริบซ้ำ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น⁶ ข้อมูลสถิติหอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2566-2568 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 17.47 (40 ราย), 37.68 (78 ราย) และ 68.66 (184 ราย) ตามลำดับ และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

ในโรงพยาบาล (Readmission) ภายใน 3 เดือน มีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 2.62 (6 ราย), 3.86 (8 ราย) และ 7.09 (19 ราย) ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การเสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วมและไม่รับประทายยาต่อเนื่อง⁷

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวช หอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จึงเห็นความสำคัญ และมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม โดยศึกษาเป็นกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติด สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีมาตรฐาน และเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลที่เหมาะสม เฉพาะเจาะจงกับโรค มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (Readmission) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและเสพติดแอมเฟตามีน (Schizophrenia with Amphetamine dependence) จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาเป็น

ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีระยะวันนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568 ดำเนินการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ประวัติผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและการรักษา เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วย/ครอบครัว แล้วนำมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติด สารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม^๑ มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามทฤษฎีของเพปบลาว การบำบัดทางจิตสังคม เสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว การเตรียมจำหน่ายโดยใช้ หลัก D-METHOD และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว และการสังเกต การวิเคราะห์ ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงจากอาการทางจิตเวชและอาการจากสารเสพติดแอมเฟตามีน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาข้อวินิจฉัยทาง การพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตามหลัก Belmont Report โดยมีการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา ขอความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ ในการศึกษาและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพติดสารเสพติดแอมเฟตามีนร่วม กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศหญิง เชื้อชาติไทย อายุ 37 ปี ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรส หย่าร้าง อาชีพว่างงาน สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลาเนา จ.กาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 10 ตุลาคม 2568 วันที่จำหน่าย 6 พฤศจิกายน 2568 ระยะวันนอนโรงพยาบาล 27 วัน ก า ร วิ นิ จ ฉ ัย โร ค Schizophrenia with Amphetamine dependence

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิง เชื้อชาติไทย อายุ 35 ปี ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรส หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง สิทธิการรักษาบัตรทอง ภูมิลาเนา จ.กาฬสินธุ์ วันที่เข้ารับการรักษา 27 พฤศจิกายน 2568 วันที่จำหน่าย 17 ธันวาคม 2568 ระยะวันนอนโรงพยาบาล 20 วัน การวินิจฉัยโรค Schizophrenia with Amphetamine dependence

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพและแผนการรักษา

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	- ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ เสพติดยาบ้า รับประทานสารเสพติดยาบ้า ทำให้ผ่อนคลาย - สิ่งที่ทำให้ความภูมิใจในตนเองลดลง คือ ไม่ได้ทำงาน	- ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ เสพติดยาบ้า รับประทานสารเสพติดยาบ้า ทำให้ผ่อนคลายและทำงานได้มากขึ้น - สิ่งที่ทำให้ความภูมิใจในตนเองลดลง คือ ทำงานรับจ้าง รายได้น้อยลง เนื่องจากนายจ้างหวาดกลัว	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย - แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และใช้สารเสพติดยาบ้า เพื่อทำให้ผ่อนคลาย - มีภาวะความภูมิใจในตนเองลดลง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพและแผนการรักษา

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	- สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง เนื่องจากปัญหาการใช้สารเสพติดยาบ้า	- สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง เนื่องจากปัญหาการใช้สารเสพติดยาบ้า	- ครอบครัวหวาดกลัว
2. พยาธิสภาพ อาการและอาการ แสดง	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการ หงุดหงิด พูดเสียงห้วน ควบคุมอารมณ์ได้ น้อย หูแว่ว พูดคนเดียวเกือบตลอดเวลา หวาดระแวงว่าพี่สาวหาเรื่องและจะมาทำ ร้ายลูก ต่าทอพี่สาว Poor insight ไม่ ยอมรับ การเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือ ในการรักษา อยากกลับบ้าน ระดับความก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale (OAS) = 2 ระดับเร่ร่อน	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการหงุดหงิด สีหน้าเคร่งขรึม ควบคุมอารมณ์ได้น้อย หูแว่วนานๆ ครั้ง หวาดระแวง ว่าจะมีคนมา ทำร้ายลูก ต่าคำหยาบคาย Poor insight ไม่ ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อยากกลับบ้าน ระดับความก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale (OAS) = 2 ระดับ เร่ร่อน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง = 2 ระดับเร่ร่อนเช่นเดียวกัน แต่ กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการทางจิตที่เด่นชัด กว่า คือ หูแว่ว พูดคนเดียวเกือบตลอดเวลา หวาดระแวงว่าพี่สาวหาเรื่องและจะมาทำ ร้ายลูก ต่าทอพี่สาว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีพฤติกรรมทำร้าย ตนเอง ผู้อื่นและไม่ทำลายสิ่งของเนื่องจาก บุคลิกธรรมิการประเมิน การชักประวัติที่ ครอบครัว มีการติดตาม เฝ้าระวังและให้ การบำบัด รักษาตรงตามปัญหา ความ ต้องการผู้ป่วย เฉพาะราย
3. แผนการรักษา			
ยาฉีดที่ได้รับ เมื่อแรกเริ่ม	10 ตุลาคม 2568 ที่หอผู้ป่วยเมตตา รพ.ภาพสินธุ์ - Haloperidol 5 mg IM stat - Diazepam 5 mg IV Stat ตามแผนการรักษา	27 พฤศจิกายน 2568 ที่ ER รพ.ภาพสินธุ์ - Haloperidol 5 mg IM Stat ตามแผนการรักษา	กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยา - ยาด้านอาการทางจิต รุ่นที่สอง (Atypical Antipsychotics) - ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs - ยาควบคุมอารมณ์ (Mood Stabilizers) - ยานอนหลับและรักษาอาการกังวลกลุ่ม Benzodiazepine - Anticholinergics Drug กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยา - ยาด้านอาการทางจิต รุ่นแรก (Typical Antipsychotics) - ยาด้านอาการทางจิต รุ่นที่สอง (Atypical Antipsychotics) - ยาควบคุมอารมณ์ (Mood Stabilizers)
ยาฉีด pm ขณะนอน รพ.	- Haloperidol 5 mg IM pm for agitation ทุก 6 ชม. - Diazepam 10 mg IV pm for agitation ทุก 6 ชม. ตามแผนการรักษา (หลังจากแรกเริ่มไม่ได้ ยาฉีด pm)	- Haloperidol 5 mg IM pm for agitation ทุก 6 ชม. - Diazepam 10 mg IV pm for agitation ทุก 6 ชม. ตามแผนการรักษา (หลังจาก แรกเริ่มไม่ได้ยา ฉีด pm)	
ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะ ยาว (Long Acting Antipsychotic Drug)	Fluphenazine decanoate 25 mg IM ทุก 1 เดือน (ทุกวันที่ 3) ฉีดครั้งแรก 3 พฤศจิกายน 2568	Fluphenazine decanoate 25 mg IM ทุก 1 เดือน (ทุกวันที่ 1) ฉีดครั้งแรก 1 ธันวาคม 2568	
ยารับประทาน	- Risperidone (2 mg.) 2 tab รับประทาน hs - Sertraline (50 mg.) 1 tab รับประทาน pc เช้า, 1 tab รับประทาน hs - Depakine Chrono (200 mg.) รับประทาน 1 tab hs - Lorazepam (1 mg.) 1 tab รับประทาน hs - Trihexyphenidyl (2 mg.) 1 tab รับประทาน 1 tab hs	- Risperidone (2 mg.) 1 tab รับประทาน pc เช้า, 1 tab รับประทาน hs - Lorazepam (1 mg.) 1 tab รับประทาน hs - Trihexyphenidyl (2 mg.) 1 tab รับประทาน pc เช้า, 1 tab รับประทาน hs - Chlorpromazine (50 mg.) 1 tab รับประทาน hs - Depakine Chrono (500 mg.)	- ยานอนหลับและรักษาอาการกังวลกลุ่ม Benzodiazepine - Anticholinergics Drug - มีภาวะ Hypokalemia แรกเริ่ม Serum k = 3.14 ได้รับ Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม. X 2 Dose ตามแผนการรักษา หลังได้รับการรักษา Serum K = 3.54 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพและแผนการรักษา

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		1 tab รับประทาน pc เช้า, 1 tab รับประทาน hs - Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม.X 2 dose - Repeat Electrolyte หลังแก้ K ครบ	
4. การบำบัดทางจิตสังคม	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2. ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง 3. กลุ่มสวดมนต์ไหว้พระ ฟังสวด 4. กลุ่มฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด 5. กลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enchantment Therapy: MET) 6. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) แบบรายบุคคล 7. กลุ่มฝึกทักษะปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้น 8. กลุ่มความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองตื้อ และทำไม่ฉันต้องรับประทานยา 9. กลุ่มฝึกทักษะการจัดยารับประทาน 10. กลุ่มเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง 11. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองตื้อ การดูแลผู้ป่วยรับประทานยา การป้องกันไม่ให้เสพยาเสพติด การสังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำและการดูแลหน่วยงานที่ให้ การปรึกษา 12. ให้คำปรึกษาครอบครัว	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด 2. ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง 3. กลุ่มสวดมนต์ไหว้พระ ฟังสวด 4. กลุ่มฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด 5. กลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enchantment Therapy: MET) 6. กลุ่มฝึกทักษะปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้น 7. กลุ่มความรู้เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองตื้อ ยา และทำไม่ฉันต้องรับประทานยา 8. กลุ่มฝึกทักษะการจัดยารับประทาน 9. กลุ่มเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง 10. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองตื้อ การดูแลผู้ป่วยรับประทานยา การป้องกันไม่ให้เสพยาเสพติด การสังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำและการดูแลหน่วยงานที่ให้ การปรึกษา 11. ให้คำปรึกษาครอบครัว	กรณีศึกษารายที่ 1 เมื่อนอนรพ. 2 สัปดาห์ BPRS = 22 คะแนน (เมื่อการทางจิตระดับน้อย) TMSE = 27 คะแนน (การทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับปกติ) ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) และ การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) แบบรายบุคคล ร่วมด้วย เนื่องจากมีระดับแรงจูงใจเล็ก สารเสพติด Stage of Change อยู่ในขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) กรณีศึกษารายที่ 2 เมื่อนอนรพ. 2 สัปดาห์ BPRS = 21 คะแนน (เมื่อการทางจิตระดับน้อย) TMSE = 27 คะแนน (การทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับปกติ) ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดย กลุ่มบำบัดเสริมสร้าง แรงจูงใจ (MET) มีระดับแรงจูงใจเล็กสารเสพติด Stage of Change อยู่ในขั้นขั้นลังเลใจ(Contemplation)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
1. ระยะเริ่มแรก (Initial stage) เป็นการประเมินและให้การพยาบาลในระยะที่มีอาการทางจิตรุนแรง (อยู่ในระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase) และระยะระบุปัญหา (Identification phase) ตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว) 1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของถูกทำลาย เนื่องจากมี	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. ยอมรับผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อน้ำเสียงนุ่มนวลและชัดเจน 3. ประเมินความคิดของผู้ป่วยว่ามีผลต่อพฤติกรรมอย่างไร เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวัง 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งของที่ก่อให้เกิดอันตราย 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายอารมณ์ ความรู้สึก 6. รับฟังด้วยท่าที่เข้าใจ ยอมรับ ไม่ได้แย้งและไม่สนับสนุนอาการประสาทหลอน 7. แสดงการยอมรับอาการประสาทหลอนหรือหวาดระแวงของผู้ป่วยโดยไม่โต้แย้งหรือทำทนายว่าที่ผู้ป่วยเล่า ไม่เป็น ความจริง แต่แสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งได้ โดยใช้เทคนิค การให้ความจริง (presenting reality)	กรณีศึกษารายที่ 1 แรกรับ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ร่วมกับ หูแว่ว หวาดระแวง ระดับความก้าวร้าวรุนแรง OAS = 2: ระดับเร่งด่วน uly ได้รับยาฉีด ที่หอผู้ป่วยเมตตา Haloperidol 5 mg IM stat Diazepam 5 mg IV stat - เมื่อนอนรพ.ระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีการรับรู้ที่เป็นจริง ไม่มีหูแว่ว ไม่หวาดระแวง กรณีศึกษารายที่ 2 แรกรับ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ร่วมกับ หูแว่ว ห่าง ๆ ครั้ง หวาดระแวง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
อาการประสาทหลอนและความคิด หวาดระแวง กรณีศึกษาครั้งที่ 1, 2	8. หลีกเลี่ยงการจับต้องตัวผู้ป่วยและไม่ใช้คำพูดหรือกิริยา ที่ก่อให้เกิดความสงสัยหรือตีความไม่ชัดเจน ได้แก่ การกระซิบต่อหน้าผู้ป่วย 9. เผื่อระวังก้าวร้าว ระวังทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและทำลายสิ่งของ 10. ประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรง ด้วย แบบประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale: OAS) และให้ยาตามแผนการรักษา?	ระดับความก้าวร้าวรุนแรง OAS = 2: ระดับ แรงด่วน ได้รับยาฉีด Haloperidol 5 mg IM stat ที่ ER ก่อน admit - เมื่อนอนรพ.ระยะเวลา 1 สัปดาห์ มีการรับรู้ ที่เป็นจริงไม่มีหูแว่ว ไม่หวาดระแวง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่นและไม่ ทำลายสิ่งของ
2. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการ ได้รับสารเสพติด แอมเฟตามีนเกิน ขนาด กรณีศึกษาครั้งที่ 1, 2	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินอาการและวัดสัญญาณชีพ 3. ประเมินภาวะ Amphetamine Intoxication หากพบอาการ ผิดปกติรายงานแพทย์ - ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม ได้แก่ สับสน วิดกกังวลอย่างมาก ความคิดความจำผิดปกติ หงุดหงิด ก้าวร้าว - อาการบ่งชี้ทางร่างกาย ได้แก่ คลื่นไส้ กัดฟัน เกร็ง ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้ง/นาที มีไข้ BT > 38 C ซัก ¹⁰ 4. ประเมินอาการหัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด เช่น ชีพจรเต้นเร็ว มากกว่า 100 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ ใจสั่น หัวใจ แน่นหน้าอก หรือชีพจรเต้นช้าผิดปกติน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที พิจารณารายงานแพทย์ 5. ตรวจ EKG ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ 6. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา 7. ดูแลผู้ป่วยนอนพักผ่อน 8. สังเกตอาการผิดปกติ 9. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง	กรณีศึกษาครั้งที่ 1 BT 36.7 °C, PR 88 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/ นาที, BP 121/82 mmHg (ปกติ) ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Score = E4V5M6, pupil Ø 3 mm. well RTL BE การเดินและการ เคลื่อนไหวปกติ EKG 12 Lead: Normal กรณีศึกษาครั้งที่ 2 BT 36.9 °C, PR 98 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/ นาที, BP 123/85 mmHg (ปกติ) ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Score = E4V5M6, pupil Ø 3 mm. well RTL BE การเดินและการ เคลื่อนไหวปกติ EKG 12 Lead: Normal กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบภาวะภาวะแทรกซ้อน/อาการไม่พึง ประสงค์หรือภาวะพิษเฉียบพลันจากการ ใช้ สารเสพติดแอมเฟตามีน
3. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจาก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะ ถอนพิษสารเสพติด แอมเฟตามีน กรณีศึกษาครั้งที่ 1, 2	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินอาการซึมเศร้า/ทำร้ายตนเอง (ฆ่าตัวตาย) เพื่อเฝ้า ระวังอันตรายจากอาการซึมเศร้า/ทำร้ายตนเอง (ฆ่าตัวตาย) จากภาวะการขาดสารเสพติดแอมเฟตามีนระยะรุนแรง โดย คัด กรองโรคซึมเศร้า 2Q plus ประเมินโรคซึมเศร้า 9Q และ ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q 3. เผื่อระวังอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล 4. เผื่อระวังและให้การดูแลภาวะวิตกกังวลรุนแรงในระยะแรก ของอาการขาดยา (withdrawal symptom) โดยจัดผู้ดูแลอยู่ กับผู้ป่วยตลอดเวลาและสังเกตอาการใกล้ชิด 5. ประเมินอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ความรู้สึกอยากเสพยาบ้า (Craving) เพื่อพิจารณาให้ยาตามแผนการรักษา 6. ประเมินอาการผื่นร่าย อาการกระวนกระวาย/ นอนไม่หลับ/หลับมาก หากพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ 7. ประเมินอาการปวดศีรษะ เหงื่อออก ร้อนๆ หนาวๆ ขาเป็น ตะคริว และปวดท้อง หากมีอาการระดับรุนแรงรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มเติม	กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ควบคุมตัวเองได้ รู้สึกเศร้าเป็นบางครั้ง 2Q plus: positive 9Q: มีภาวะซึมเศร้า ระดับ น้อย (8 คะแนน) 8Q: 0 คะแนน Suicide idea: negative ได้รับยาด้านเศร้า กลุ่ม SSRIs Sertraline (50 mg.) 1 tab รับประทาน pc เข้า, 1 tab รับประทาน hs เมื่อได้รับการบำบัดรักษา 2 สัปดาห์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 2Q plus: negative Suicide idea: negative กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ควบคุมตัวเองได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 2Q plus: negative Suicide idea: negative กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ นอนหลับมาก ผื่นร่าย มีความรู้สึกอยากเสพยา บ้า (Craving)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	<p>8. พยาบาลควรเข้าไปพูดคุย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกลักษณะสม่ำเสมอ ประเมินอาการและดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อพยาบาลเข้าไปปฏิบัติงานของพยาบาล ด้วยท่าที่สงบ ไม่เร่งรีบ สุขุม และนุ่มนวล</p> <p>9. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและปลอดภัย</p> <p>10. ดูแลให้ยา ได้แก่ ยารักษาซึมเศร้า ยาต้านอาการทางจิตตามแผนการรักษาแพทย์ บันทึกผลของยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา</p> <p>11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเหมาะสมในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ปลอดภัยจากสิ่งกระตุ้น</p> <p>12. บันทึกทางการพยาบาลครอบคลุมปัญหา สัญญาณชีพ อาการและอาการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล¹¹</p>	
4. เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับ ยารักษาอาการทางจิตเวช กรณีศึกษาครั้งที่ 1, 2	<p>1. ประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยารักษาอาการทางจิตให้ยา 30 นาที</p> <p>2. สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยารักษาอาการทางจิต</p> <p>1) Anticholinergic effect: อาการปากแห้ง คอแห้ง ง่วงนอน มือสั่น เวียนศีรษะ</p> <p>2) EPS: กล้ามเนื้อเกร็ง หน้าตาเหม็นเฉย เคลื่อนไหวลำบาก ชากรรไกรแข็ง</p> <p>3. วัดสัญญาณชีพและ Monitor High Alert drug เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Trihexyphenidyl ตามแผน การรักษาของแพทย์เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการได้รับ ยาต้านอาการทางจิต</p> <p>5. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบผลข้างเคียงยาที่ได้รับ เช่น อาการมึนงง เวียนศีรษะ เพื่อระมัดระวังการปฏิบัติตัว</p> <p>6. ให้คำแนะนำ หากมีอาการผิดปกติ ควรแจ้งพยาบาล</p> <p>7. ดูแลยกเหล็กกันเตียงขึ้น 2 ข้าง ขณะผู้ป่วยนอนพักผ่อน</p> <p>8. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง¹²</p>	<p>กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ง่วงนอนตอนกลางวันกรณีศึกษาครั้งที่ 2 ปากแห้ง คอแห้งเล็กน้อย</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาทางจิตเวช (Adverse Drug Reaction: ADR เช่น กดระบบประสาทส่วนกลาง, EPS (Extrapyramidal side effects), NMS (Neuroleptic malignant syndrome))</p>
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก มีภาวะ Hypokalemia กรณีศึกษาครั้งที่ 2	<p>1. ประเมินอาการโปแตสเซียมต่ำอย่างใกล้ชิด เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน ชีพจรเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ หัวใจเต้นผิดปกติหวั่นไหว เจ็บแน่นหน้าอกให้รายงานแพทย์ทันที</p> <p>2. ตรวจ EKG ตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์</p> <p>3. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม. X 2 dose</p> <p>4. ติดตามผลการตรวจ Electrolyte (Serum k) ทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา</p> <p>5. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ</p> <p>6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชม. และสังเกตอาการต่อเนื่อง</p> <p>7. บันทึกทางการพยาบาลเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง⁹</p>	<p>กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ไม่มีอาการของภาวะ Hypokalemia ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงผลการตรวจ EKG 12 Lead: Normal ไม่พบภาวะ Cardiac Arrhythmia ติดตามประเมินผล Serum K = 3.54 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1) Vital signs BT 36.9 °C, PR 98 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 123/85 mmHg (ปกติ)</p>
2. ระยะกลาง (interim stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต	1. สร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด	กรณีศึกษาครั้งที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
<p>สงบลง สามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ ให้การดูแลเพื่อป้องกันเผื่อระวังการกลับเป็นซ้ำ</p> <p>(อยู่ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Working phase) ตามทฤษฎีสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของเพปพลาว)</p> <p>6. ขาดทักษะในการเผชิญความเครียดและจัดการความเครียด</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1, 2</p>	<p>2. ประเมินความรู้ ทักษะการเผชิญ ความเครียด และ การจัดการความเครียด</p> <p>3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงกลไกการเกิด ความเครียด</p> <p>4. สอนวิธีผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การฝึกลมหายใจเข้า ออก ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสม และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ทำในวิธีที่ผู้ป่วยเลือก</p> <p>5. ให้คำปรึกษาถึงปัญหา ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด</p> <p>6. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด^๑</p> <p>7. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มสวดมนต์ไหว้พระ ฝึกสติ</p> <p>8. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง</p>	<p>เครียดเรื่องลูก เป็นห่วงลูกอยากกลับบ้านไปดูแลลูก</p> <p>- เลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยออกกำลังกายและดูโทรทัศน์</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p> <p>เครียดเรื่องลูกและมารดา อยากกลับบ้านไปดูแลลูกและช่วยมารดาทำงาน</p> <p>- เลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยฟังเพลง และวาดภาพ</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย</p> <p>- สามารถฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดได้เหมาะสม</p> <p>- สามารถจัดการความเครียดได้เหมาะสมขณะอยู่บ้าน</p>
<p>7. การดูแลตนเองบกพร่อง เนื่องจากสนใจทำกิจวัตรประจำวันลดลง</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1, 2</p>	<p>1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองด้าน สุขวิทยาส่วนบุคคลแก่ผู้ป่วย</p> <p>2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่าต้องดูแลสุขวิทยา ส่วนบุคคลของตนเองอะไรบ้าง</p> <p>3. ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง และกระตุ้นการดูแลตนเองด้าน สุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม</p> <p>4. ให้การเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง</p> <p>5. จัดตารางดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย</p> <p>6. รายงานแพทย์พิจารณาการรักษา^๑</p> <p>7. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย</p> <p>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้นโดยเมื่อถึงเวลาอาบน้ำจะลุกมาอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ดูแลความสะอาดร่างกายได้เอง รับประทานอาหารเองโดยไม่ต้องกระตุ้น</p>
<p>3. ระยะก่อนกลับบ้าน (Pre-Discharge stage) เป็นระยะฟื้นฟูและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัว/ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ</p> <p>(อยู่ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (Working phase) และระยะสรุปผล Resolution phase)/ระยะยุติสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด (Termination phase) ตามทฤษฎีสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของเพปพลาว)</p> <p>8. รู้สึกดีต่อคุณค่าในตนเอง เนื่องจากขาดความภูมิใจในชีวิต</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1, 2</p>	<p>1. สร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัด</p> <p>2. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเอง ของผู้ป่วย</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นหรือสาเหตุของการมองตนเองด้านลบ</p> <p>4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการดำรงชีวิตตามศักยภาพ</p> <p>5. ให้คำปรึกษา</p> <p>6. มอบหมายงานที่ให้ผู้ป่วยทำสำเร็จ เช่น พับผ้าห่ม ล้างแก้วน้ำดื่มของตนเอง และให้แรงเสริมทางบวกตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งเสริมความภาคภูมิใจ</p> <p>7. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง</p> <p>8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองเห็นความสำเร็จในอดีต เช่น ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความดีที่เคยทำ และกล่าวชื่นชมผู้ป่วย</p> <p>9. ให้ข้อมูลครอบครัวสื่อสารทางบวก/ให้กำลังใจ มอบหน้าที่ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบ</p> <p>10. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก ฝึกการคิด และพฤติกรรมรักตัวเอง การสร้างความหวัง การร่วมกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น</p> <p>11. สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง^๑</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1</p> <p>รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของครอบครัว มีแผน การดำเนินชีวิตหลังจำหน่าย โดยจะกลับไปทำงานทำ เพื่อส่งลูกเรียนหนังสือ</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 2</p> <p>รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของครอบครัว มีแผน การดำเนินชีวิตหลังจำหน่าย โดยจะกลับไปช่วยมารดาทำนาและเลี้ยงลูก</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย</p> <p>รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีแผนการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายที่เหมาะสม</p>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
9. เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีความเข้าใจ ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา การเจ็บป่วยของตนเองและขาดทักษะในการจัดยารับประทาน กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดอย่างต่อเนื่อง 2. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มความรู้เรื่องโรคจิตเภท โรคสมองตื้อ และทำไม่ฉันท้องรับประทานยา 3. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะการจัดยารับประทาน 4. บันทึกทางการพยาบาลและประเมินผลต่อเนื่อง	กรณีศึกษาที่ 1 วิตกกังวลว่าเคยรับประทานยาแล้ววังวนนอนตอนกลางวัน กรณีศึกษาที่ 2 วิตกกังวลว่ารับประทานยาแล้วเคยปากแห้งคอแห้ง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา และฝึกทักษะการจัดยาได้ถูกต้อง
10. เสี่ยงต่อการกลับไปใช้ สารเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ เนื่องจาก - ขาดแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด - ขาดทักษะการปฏิเสธการใช้สารเสพติด กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดอย่างต่อเนื่อง 2. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการสังเกต พูดคุยเรื่องความรู้สึกที่มีต่อการใช้สารเสพติด การตั้งเป้าหมายในการเลิกใช้ สารเสพติด 3. ให้ความรู้ข้อดี-ข้อเสียของการใช้-เลิกเสพยา 4. ให้คำปรึกษาแนวทางการตั้งเป้าหมายชีวิต การวางแผนการดำเนินชีวิต ทักษะการปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น และการป้องกันการติดสารเสพติดซ้ำ ¹² 5. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มฝึกทักษะปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้น 6. ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enchantment Therapy: MET) ในผู้ป่วยติดสารเสพติด 7. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ในผู้ป่วยติดสารเสพติด แบบรายบุคคล ¹³	กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยกลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) และ การสัมภาษณ์เสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) แบบรายบุคคล ร่วมด้วยเนื่องจากมีระดับแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change อยู่ในขั้น ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) หลังได้รับการบำบัดแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change เปลี่ยนเป็น ขั้นตัดสินใจ(Determination) มีลูกเป็นแรงจูงใจสำรวจความมั่นใจ ในการเลิก (Self Efficacy): 100% ตั้งเป้าหมาย: ระยะเวลา จะเลิกเสพยาตลอดไป กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ โดย กลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) มีระดับแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change อยู่ในขั้น ขั้นลังเลใจ (Contemplation)หลังได้รับการบำบัดแรงจูงใจเลิกสารเสพติด Stage of Change เปลี่ยนเป็น ขั้นตัดสินใจ(Determination) มีมารดาและลูกเป็นแรงจูงใจสำรวจความมั่นใจ ในการเลิก (Self Efficacy): 100% ตั้งเป้าหมาย: ระยะเวลา จะเลิกเสพยาตลอดไป กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังได้รับการบำบัดทาง จิตสังคม และเสริมสร้างแรงจูงใจ ประเมิน Stage of Change อยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) เลิกสารเสพติด
11. สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากปัญหา การใช้สารเสพติด แอมเฟตามีน กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว 2. ให้คำปรึกษาครอบครัวโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวพิจารณาสาเหตุของปัญหาด้านสัมพันธภาพและหาแนวทาง แก้ไขร่วมกัน 3. จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมครอบครัว เช่น การทำหน้าที่ในครอบครัว การสื่อสารเชิงบวก	กรณีศึกษาที่ 1 ครอบครัวหวาดกลัว ไม่กล้ามาเยี่ยมผู้ป่วย - ประสานพยาบาลจิตเวชชุมชนในพื้นที่ลงเยี่ยมบ้าน - ให้คำปรึกษาครอบครัว กรณีศึกษาที่ 2 ครอบครัวหวาดกลัวนำของเยี่ยมมาฝากไว้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	<p>4. นำครอบครัวมาร่วมวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยขณะบำบัดและเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัว</p> <p>5. ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมดี หรือเมื่อผู้ป่วยบริหารจัดการอารมณ์และแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสมตามสถานการณ์¹²</p>	<p>ให้คำปรึกษาครอบครัว</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย</p> <p>หลังให้คำปรึกษาครอบครัวครอบครัวมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจกันมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น</p>
12. ครอบครัวมีภาวะวิตกกังวลและหวาดกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย	<p>1. ให้คำปรึกษาครอบครัว</p> <p>2. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เรื่อง โรคจิตเภท โรคสมองตื้อยา การดูแลผู้ป่วยรับประทานยา การป้องกันไม่ให้เสพติดซ้ำ การสังเกตอาการเตือนกำเริบซ้ำของ โรคจิตเภทและการดูแล รวมทั้งหน่วยงานที่ให้บริการปรึกษา</p> <p>3. แนะนำการสังเกตอาการผู้ป่วย ที่เป็นสัญญาณเตือนเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว</p> <p>4. ให้ข้อมูลแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉินแก่ครอบครัว ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง</p> <p>5. ประสานพยาบาลจิตเวชชุมชน สหวิชาชีพ และ ภาควิเคราะห์ ส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย</p> <p>เมื่อได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัว สร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวและไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว ร่วมกันมีการประสานพยาบาล จิตเวชชุมชน สหวิชาชีพ และภาควิเคราะห์ ส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องครอบครัวคลายความวิตกกังวลและหวาดกลัว ยอมรับกลับบ้าน</p>
13. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายตามหลัก D-METHOD	<p>1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>2. วางแผนการจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย D-METHOD = Diagnosis: ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและโรคสมอง ตื้อยา อธิบายผลกระทบของสารเสพติดแอมเฟตามีนต่อ การกำเริบซ้ำ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยเน้นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>M = Medication: ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด ได้แก่ ประเภทยา สรรพคุณ ขนาดและวิธีรับประทาน การสังเกตอาการข้างเคียง การไม่หยุดยาเอง ถ้าพบอาการผิดปกติให้มาปรึกษาแพทย์ และการมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมสนับสนุนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการกำเริบซ้ำ</p> <p>E = Environment/Economic: แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อม ที่บ้านให้ปลอดภัยและเหมาะสม หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพซ้ำ พร้อมสนับสนุนการประกอบอาชีพหรือกิจกรรมตามศักยภาพ</p> <p>T = Treatment: ส่งเสริมทักษะตามแผนการรักษา ได้แก่ ทักษะการจัดยา การจัดการความเครียด อารมณ์ และพฤติกรรมเสี่ยง ทักษะการปฏิเสธสารเสพติด และการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกสารเสพติด</p> <p>H = Health: ส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การพักผ่อนเพียงพอ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในครอบครัว และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต</p> <p>O = Outpatient referral: แนะนำการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการเตือนของอาการทางจิตกำเริบ การติดต่อขอ</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 รายและครอบครัว</p> <p>มีความรู้และเข้าใจแผน การรักษาและการปฏิบัติตัว พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน</p> <p>กรณีศึกษาทั้ง 2 รายและครอบครัว</p> <p>มีความรู้และเข้าใจแผน การรักษาและการปฏิบัติตัว พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน</p>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
	<p>ความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับ การดูแลต่อเนื่อง</p> <p>D = Diet: แนะนำการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและมีประโยชน์ งดใช้สารเสพติดทุกชนิด</p> <p>3. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย</p>	

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับ การ วิ จ ฉ ัย โร ค Schizophrenia with Amphetamine dependence

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 37 ปี ขาดการรักษาทางจิตเวช 1 เดือนและเสพยาบ้าทุกวัน อาการสำคัญที่มารักษาโรงพยาบาล เออะอะโวยวาย อาละวาด กักขังลูกไว้ในบ้าน ทบตี ทำร้ายลูก 1 วัน ก่อนมารพ. กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 35 ปี ขาดการรักษาทางจิตเวช 1 สัปดาห์และเสพยาบ้าทุกวัน อาการสำคัญที่มารักษาโรงพยาบาล อาละวาด ทบ ทำลายสิ่งของภายในบ้าน ถี้อมีตู่จะฆ่าลูกและมารดา 1 วัน ก่อนมารพ. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Methamphetamine positive แรกรับเข้ารักษา กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการทางจิต หูแว่วและมีภาวะหวาดระแวง ประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรง โดย Overt Aggression Scale (OAS) มีพฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง = 2 ระดับเร่งด่วน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ระยะเวลานานและปริมาณที่ใช้มากกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 ทำให้กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการทางจิตมากกว่า โดยมีหูแว่ว พูดคนเดียวเกือบตลอดเวลาพร้อมกับมีภาวะหวาดระแวง ซึ่งสารเสพติดแอมเฟตามีน เป็นสารกระตุ้นประสาท (Amphetamine Type Stimulant: ATS) ทำให้เกิดอาการทางจิต หูแว่ว หวาดระแวง⁵

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการบำบัดรักษา โดยมีการรักษาด้วยยา ดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับ ยาต้านอาการทางจิต ยาควบคุมอารมณ์ ยานอนหลับ และรักษาอาการกำเริบ และ Anticholinergics Drug

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกเศร้าเป็นบางครั้ง 2Q plus positive ได้รับยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs ร่วมกับ กรณีศึกษา รายที่ 2 ได้รับยาด้านอาการทางจิต ยาควบคุมอารมณ์ ยา นอนหลับและรักษาอาการกำเริบ Anticholinergics Drug และแรกรับ k = 3.14 mmol/L ได้รับยา Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม. X 2 Dose หลัง ได้รับการรักษา k = 3.54 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประวัติขาดการรักษาทางจิตเวช และเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ก่อนกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มีแผนการรักษา โดยให้ยาฉีดออกฤทธิ์ ระยะยาว (Long Acting Antipsychotic Drug) Fluphenazine decanoate 25 mg IM ทุก 1 เดือน และการบำบัดทางจิตสังคม เน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ เรื่องโรคจิตเภท โรคสมองตื้อยา ฝึกทักษะการจัดยา รับประทาน และได้รับการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ เลิกสารเสพติด กรณีศึกษาทั้ง 2 รายประเมิน Stage of Change อยู่ในขั้นตัดสินใจ (Determination) เพื่อ ป้องกันกลับไปเสพยาซ้ำและดูแลไม่ให้ขาดยา หลัง ได้รับการบำบัดรักษาและการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการทางจิตสงบ ไม่มีพฤติกรรมทำร้าย ตนเอง ผู้อื่นและไม่ทำลายสิ่งของ ยอมรับการเจ็บป่วย รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากอาการไม่พึงประสงค์ จากการ ได้รับยารักษาอาการทางจิตเวช ไม่เกิดภาวะพิษ เฉียบพลันจากสารเสพติดแอมเฟตามีน และไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสารเสพติดแอมเฟ ตามีน มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและครอบครัว ได้ดีขึ้น ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแล

1. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีปัญหาขาดการรักษาทางจิตเวช มีการเสพยาเสพติด

เสฟติดแอมเฟตามีนร่วม ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออันพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงต่อคนในครอบครัวและชุมชน กรณีศึกษารายที่ 1 พบปัญหา ครอบครัวมีภาวะวิตกกังวลและหวาดกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย ลูกหวาดกลัว มีการเตรียมความพร้อมครอบครัว และชุมชนก่อนจำหน่าย โดย ให้คำปรึกษาครอบครัว ประสานพยาบาลจิตเวชชุมชนในพื้นที่ลงเยี่ยมบ้าน ร่วมกับสหวิชาชีพ หน่วยงาน บ้านพักเด็ก และครอบครัว OSCC ภาควิชาชีพ และส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง ครอบครัวคลายความวิตกกังวลและหวาดกลัว ยอมรับกลับบ้าน มีพี่สาวเป็นผู้ดูแล หาทักให้อยู่ใกล้บ้านพี่สาว ไม่ให้ไปอยู่ในพื้นที่เสี่ยงแพร่ระบาดของเสฟติด ป้องกันกลับไปเสฟติดซ้ำ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง และพามาตรวจตามนัด กรณีศึกษารายที่ 2 ครอบครัวมีภาวะวิตกกังวลและหวาดกลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย ให้คำปรึกษาครอบครัว ครอบครัวคลายความวิตกกังวลและหวาดกลัว ยอมรับกลับบ้าน มีมารดาดูแลให้ผู้ป่วยทำการเกษตรที่อยู่ใกล้มารดา ป้องกันกลับไปเสฟติดซ้ำ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง และพามาตรวจตามนัด ประสานพยาบาลจิตเวชชุมชน สหวิชาชีพ และภาควิชาชีพ ส่งต่อข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง

2. การศึกษาเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีทั้งหมด 13 ข้อ เหมือนกัน 12 ข้อ แตกต่างกัน 1 ข้อ โดยกรณีศึกษารายที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีภาวะ Hypokalemia ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา Elixir KCl 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชม. X 2 dose และเฝ้าระวังสังเกตอาการภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีอาการของ ภาวะ Hypokalemia ติดตามประเมินผล Serum K = 3.54 mmol/L (มีค่าปกติ)

3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสฟติดสารเสฟติดแอมเฟตามีนร่วมเป็นกรณีที่ยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากต้องให้การดูแลทั้งอาการทางจิตจากโรคจิตเภท อาการจากสารเสฟติดแอมเฟตามีน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายควบคู่กันไป โดยการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม เสริมสร้างแรงจูงใจใน

การเลิกสารเสฟติด ป้องกันกลับไปเสฟติดซ้ำและดูแลไม่ให้ขาดยา มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย มีการประสานพยาบาลจิตเวชชุมชน ทีมสหวิชาชีพและภาควิชาชีพ ติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสฟติดสารเสฟติดแอมเฟตามีนร่วม หอผู้ป่วยเมตตา รพ. กาฬสินธุ์

2. การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสฟติดสารเสฟติดแอมเฟตามีนร่วม นอกจากการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ควรประเมินด้วยแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS)⁶ ร่วมด้วยเพื่อเฝ้าระวังคัดกรอง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

3. ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสฟติดสารเสฟติดแอมเฟตามีนร่วม เข้าร่วมการบำบัดทางจิตสังคม ควรมีการประเมินด้วย แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) และทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้วยแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (TMSE) เพื่อคัดเลือกรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ¹⁴

4. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยเมตตา ในการบำบัดโดยเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยสารเสฟติด¹³

5. พัฒนาโปรแกรมการลดความวิตกกังวลในครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสฟติดสารเสฟติดแอมเฟตามีนร่วม

6. ควรมีการออกแบบระบบการดูแลและวางแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสฟติดสารเสฟติดร่วม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงเป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสฟติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จึงควรมีระบบการดูแลและวางแผน

การดูแลต่อเนื่อง ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และมีความครอบคลุมทุกหน่วยบริการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด โดยยึดนโยบายการดูแลระบบเครือข่ายสาธารณสุข ได้แก่ อสม. บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง รพ.สต. PCC และรพช.

ร่วมกับภาคีเครือข่าย หน่วยงานบ้านพักเด็กและครอบครัว OSCC ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง อปท. และตำรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุรีภรณ์ เสียงล้ำ, วีร์ เมฆวิสัย, บรรณาธิการ.(2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: วิกทอเรียอิมเมจ; 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/535>
2. World Health Organization (WHO).(2024). Schizophrenia [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.(2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC): อัตราป่วยรายใหม่และความชุกของโรคจิตเภท (F20.xx) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/5d5aa8ea9ee75a5990950984f5a81403>
4. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 และแผนปฏิบัติการประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 8 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nmc.moph.go.th/home/upload/web_download/hzm6y1e59m8scog04o.pdf
5. พิชัย แสงชาญชัย.(2565). คู่มือจิตเวชศาสตร์การเสพติด. กรุงเทพฯ: ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย; 2565.
6. ชิดชนก โอภาสวัฒนา.(2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบันโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563
7. รายงานผู้ป่วยของผู้ป่วยเมตตา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.(2568). รายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวช ประจำปี 2566–2568. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
8. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2564). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. สุราษฎร์ธานี: กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
9. วิมล ลักษณ์ภิกษนซ์.(2563). คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด. นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
10. วิณา บุญแสง.(2564). คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: ดีนาดู มีเดีย พลัส จำกัด; 2564.
11. วิมล ลักษณ์ภิกษนซ์, นิภาวัล บุญทัพนม, วิมลพรรณ โชติแสงทอง.(2567). เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
12. เอกอุมา อัมคำ.(2567). การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
13. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ไพโรจน์ สุรัตน์นิช, สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา, สำเนา นิลบรรพ์, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, บรรณาธิการ. (2567). เอกสารวิชาการประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรการบำบัดโดยเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ติดยาและสารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
14. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือแบบประเมินคัดกรองโรคจิตและปัญหาสุขภาพจิต. สุราษฎร์ธานี: กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.