

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทำร้ายตัวเอง:
กรณีศึกษา

Nursing care of amphetamine patients with psychiatric symptoms and
aggressive and self-harming behavior: A case study

อภิรักษ์ แก้วอุทัย

Apirak kaewutai

บทคัดย่อ

การศึกษกรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทำร้ายตัวเอง โดยศึกษาในผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๒๒ ปี รั่วไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ อยู่ระยะบำบัดยา ๑๑ วัน ผู้ป่วยย้ายไปฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยรับผู้ป่วยดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เมื่อวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๖ แรกรับในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ขาดความไว้วางใจกับผู้อื่น ปฏิเสธอาการหิวแหว่ ภาพหลอน ถามตอบตรงคำถาม สีหน้าไม่สดชื่น Stage of Change ระยะ Contemplation ประเมิน SMIV พบความเสี่ยงข้อ ๑ มีประวัติทำร้ายตัวเองและข้อ ๒ ประวัติทำให้ผู้อื่นหวาดกลัวทำลายข้าวของ ประเมิน OAS = 0 คะแนน

ผลการศึกษา: ได้รับการวินิจฉัย Methamphetamine dependence with Methamphetamine induce Psychosis with Tobacco dependence รับการรักษาด้วยยาจิตเวช และการบำบัดทางจิตสังคม ขณะดูแลมีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตัวเอง ขาดความไว้วางใจต่อผู้บำบัดและผู้อื่น การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และพร้อมสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับกระบวนการพยาบาล นำมาวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของเพปพราว ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ปัญหาของตนเอง และไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ ประกอบด้วย ระยะเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพ ระยะระบุปัญหา ระยะดำเนินการแก้ปัญหา และระยะสิ้นสุด ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ประกอบด้วย มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองเนื่องจากจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเองซ้ำเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม ความมีคุณค่าในตนเองต่ำเนื่องจากขาดความภูมิใจในตนเอง การเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดอาการ Extrapyrimalidal Symptoms (EPS) จากการได้รับยาต้านอาการทางจิต สัมพันธ์ภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากขาดสัมพันธ์ภาพอันดีภายในครอบครัว การรับรู้และดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาบ้า เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยาต่อเนื่อง แผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมใหม่ และฟื้นฟูเนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม มีภาวะติดสารนิโคตินระดับปานกลาง ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความเข้าใจในการดูแลตัวเองหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนอาการสงบ ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว มีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ รวมวันนอนโรงพยาบาล ๑๑๕ วัน

เตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนจำหน่าย และดูแลหลังผู้ป่วยจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ นัดติดตามหลังจำหน่าย ๑ อาทิตย์ นัดครั้งแรก วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ และนัดติดตามต่อเนื่อง ๗ ครั้ง รวมติดตามเป็นระยะเวลา ๑ ปี

คำสำคัญ: การพยาบาล, ยาบ้า, อาการจิตเวช, พฤติกรรมก้าวร้าว, ทำร้ายตัวเอง

บทนำ

ปัญหายาเสพติดมีแนวโน้มทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลกที่ทุกองค์กรให้ความสำคัญ (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], ๒๐๒๓) ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีแนวโน้มการระบาดของยาบ้าเพิ่มมากขึ้นดังเห็นได้จากสถิติผู้เสพยาบ้าเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ เท่ากับ ๑,๒๘๗, ๑,๖๙๙ และ ๒,๐๓๕ ราย ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี [สบยช], ๒๕๖๖) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ เท่ากับ ๕๖๕, ๓๘๘ และ ๖๐๒ คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาบ้ามีอาการทางจิตเวช ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๔๖, ๕๒ และ ๗๐ คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี, ๒๕๖๖) โดยอาการทางจิตเวชเหล่านี้เกิดจากการใช้ยาเสพติดประเภทยาบ้าส่งผลให้เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง และเกิดโรคจิตเวชจากยาเสพติดในที่สุด (บุญศิริ จันศิริมงคล, ๒๕๕๘)

อาการทางจิตเวชจากการเสพยาบ้า นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓) โดยยาบ้าจะออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous system stimulants) ให้หลั่งโดปามีน (Dopamine) และนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) ยับยั้งการดูดกลับของแคททีโคลามีน (Catecholamine) จึงเกิดการกระตุ้นต่อสมอง หากใช้ในขนาดต่ำ ๆ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ มั่นใจ ในตนเองมากขึ้น และเมื่อใช้ในขนาดที่สูงและเสพติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะเกิดความผิดปกติของกระบวนการรับรู้ กระบวนการคิด และการควบคุมอารมณ์ เกิดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน มีความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง คลุ้มคลั่ง ขาดสติ และเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (บุญศิริ จันศิริมงคล, ๒๕๕๘) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยผลกระทบต่อตนเองพบว่า การเสพยาบ้าในระดับที่มากกว่าปกติเมื่อหยุดเสพจะเกิดอาการขาดยาโดยมีอาการอ่อนเพลีย ซึม หงุดหงิด หากใช้อย่างต่อเนื่องจะทำลายระบบสารสื่อประสาทและการทำงานของสมองจนทำให้สูญเสียการคิดและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เกิดอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น (สุทิสสา ถาน้อย, ๒๕๖๑) ด้านครอบครัว พบว่า มีปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว การใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก (วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พิณจิสุนทร, ๒๕๖๐) และด้านสังคม ได้แก่ สังคมหวาดกลัวกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการก่อคดีอาชญากรรมต่าง ๆ ในสังคม (ศุภาพิชญ์ มณีนาถ, ๒๕๖๓) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยยาบ้าในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งผ่านพ้นภาวะถอนพิษยาและได้รับการดูแลรักษาอาการทางจิตแล้ว แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะขาดความไว้วางใจต่อผู้อื่น

พร้อมสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง และขาดการรับรู้ปัญหา จึงจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลโดยการใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพราวที่จะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาล จนเกิดการค้นหาสาเหตุของปัญหาของผู้ป่วยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้ปัญหาของตนเอง และไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ

การพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ โดยเฉพาะการดูแลผู้เสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทำร้ายตนเองซึ่งเป็นการดูแลที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนจำเป็นจะต้องให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการโดยการนำทฤษฎีและองค์ความรู้ทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลที่มากกว่า การดูแลผู้ติดยาเสพติดทั่วไปเนื่องจากกลุ่มดังกล่าวมีอัตราการเสพซ้ำสูง มีความถี่ในการเข้ารับบริการ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทำร้ายตนเองซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิต รวมทั้งยังเป็นภาระกับผู้ดูแล ครอบครัวจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และเป็นปัญหาทางสังคม ผู้บำบัดจึงจำเป็นจะต้องใช้ความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบแผนร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลสัมพันธ์ภาพของเพปพราวมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ ความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว และไม่กลับไปเสพซ้ำ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๒๒ ปี รับไว้ในหอผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๑.๓๐ น.

อาการสำคัญ ๑ วันก่อนมา คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ จากการเสพยาบ้า

ประวัติการใช้ยาเสพติด

อายุ ๑๐ ปี เริ่มสูบบุหรี่หรือเฮโรอีน สูบมา ๑๑ ปี สูบทุกวัน วันละ ๓ มวน Last dose วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๑ มวน

อายุ ๑๐ ปี เริ่มใช้ยาบ้า ใช้มา ๑๑ ปี โดยสูดควันทุกวัน วันละ ๒-๓ ครั้งๆละ ๑๐ เม็ด Last dose ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๕ เม็ด

ประวัติส่วนตัวและลักษณะนิสัย ก่อนเสพยาเสพติดผู้ป่วยเป็นคนมีอัธยาศัยดี ไม่มั่นใจในตนเอง หลังเสพยาเสพติดผู้ป่วยเป็นคนที่อารมณ์ร้อน โมโหง่าย ไม่ชอบการรอคอย ถ้าอยากได้สิ่งใดจะต้องได้ ทำตามใจตนเอง ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง มักมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งชกต่อยกับคนอื่นบ่อยๆ ชอบอยู่คนเดียว จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ ไม่สนใจในกิจกรรมหรือกีฬาใดๆ มีพฤติกรรมหนีเรียน ขาดเรียน คบเพื่อนกลุ่มที่ติดยาอย่างสนิทสนม ไม่มีเพื่อนกลุ่มไม่ติดยา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ไม่มีประวัติการผ่าตัดและไม่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุ

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยมีหูแว่ว ภาพหลอน อาละวาด ทำลายข้าวของ ขว้างพัดลม ขว้างหม้อข้าว ไม่นอน ไปรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งยางแดง วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๖ ได้รับยาฉีดอาการสงบ แพทย์ให้ยาไปรับประทานที่บ้าน

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ ๑ ในจำนวนพี่น้องทั้งหมด ๕ คน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดามารดา และน้อง ๆ รวมทั้งสิ้น ๗ คน บิดาอายุ ๔๐ ปี อาชีพรับจ้าง มารดา อายุ ๓๕ ปี ประกอบอาชีพกรีดยาง ผู้ป่วยไม่สนิทกับสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากสัมพันธ์ภายในครอบครัวค่อนข้างห่างเหินจากการที่บิดาและมารดามีเวลาในการดูแลน้อย เนื่องจากต้องทำงานรับจ้างและกรีดยางเพื่อหารายได้แก่ครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัยเน้นต่างคนต่างอยู่ ปฏิเสธโรคประจำตัวของบุคคลในครอบครัว น้องชายคนที่ ๑ ใช้ยาเสพติด ไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดามารดา ผู้ป่วยมีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ทะเลาะกันกับบิดามารดาบ่อย ไม่เชื่อฟัง สาเหตุจากการใช้ยาเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

การตรวจร่างกาย

ศีรษะและใบหน้า: ผมนสีดำ ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กัดไม่เจ็บ

ตา: ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา ๒.๕ มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ สายตาสั้นเล็กน้อย กลอกตาไปมาบ่อยครั้ง

หู: ใบหูปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

ฟัน: ฟันกรามล่างซ้ายซี่ ๑ ซี่ ไม่มีอาการปวด ไม่บวมแดง เคี้ยวอาหารได้ปกติ

หน้าอก: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที

ผิวหนัง: ไม่มีร่องรอยของการใช้เข็มฉีดยา ไม่มีแผล

การประเมินสภาพจิต

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าแสดงความกังวล การเคลื่อนไหวปกติ พูดน้อย เนื้อหาความคิดปกติ ไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้ ขณะรับย้าย ไม่มีหูแว่ว ไม่มีภาพหลอน การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล ปกติ ไม่ค่อยมีสมาธิในการพูดคุย ผู้ป่วยไม่ตระหนักรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Poor Insight) เนื่องจากไม่รับรู้ว่าเป็นโรคสมองติดยาจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่รับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตว่าหากใช้ยาเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้อาการทางจิตกำเริบ และไม่เห็นประโยชน์ของการบำบัดรักษาเนื่องจากรักษาในระยะเวลายาวๆ ก็หาย

ผลการประเมินจากนักจิตวิทยา

วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน นักจิตไม่สามารถทำแบบทดสอบได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ไม่สบตา สงสัยปัญหาด้านพฤติกรรมและเชอร์ปัญญา

วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำแบบทดสอบ มีลักษณะต่อต้าน สื่อสารโต้ตอบได้พอควร ค่อนข้างยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง ไม่สนใจคนอื่น ลักษณะต่อต้านสังคม

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก สีหน้า ท่าทางหงุดหงิด ตาขวาง ขณะพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยมีประวัติ SMI-V และข้อที่ ๑.ประวัติทำร้ายตัวเองใช้มือชกผนังกำแพงบ้าน ข้อที่ ๒ ประวัติก่อความรุนแรงทำลายข้าวของ

การรับรู้และประสาทหลอน ผู้ป่วยเห็นวิญญาณและได้ยินเสียงเพื่อนมาเรียก

ความสามารถในการควบคุมตนเอง มีอารมณ์หงุดหงิดไม่พอใจง่าย โกรธง่าย ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร

การรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ด้วยตัวเอง แต่ยังไม่อยากเลิก ไม่สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นได้ และผู้ป่วยไม่รับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตว่าหากใช้ยาเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ

ประเมินตามแบบแผนสุขภาพ (ซักประวัติหผู้ป่วยในพื้นที่ฟูสมรรถภาพ)

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยไม่ตระหนักรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Poor Insight) เนื่องจากไม่รับรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่รับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตว่าหากใช้ยาเสพติดและรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและไม่เห็นประโยชน์ของการบำบัดรักษาเนื่องจากรักษาในระยะเวลายาวๆ ก็หาย

แบบแผนที่ ๒ อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร รับประทานอาหารไม่ครบทั้ง ๓ มื้อและไม่ตรงเวลา (ขณะอยู่บ้าน) และมีพินกรมล่างซ้ายผุ จำนวน ๑ ซี่ ปัจจุบันไม่มีอาการปวด

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย การขับถ่ายอุจจาระวันละ ๑ ครั้ง ไม่มีปัญหาท้องผูก ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด กลางวันปัสสาวะวันละ ๓ - ๔ ครั้ง และกลางคืน ๑ ครั้ง

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ปกติ แต่ต้องอาศัยการกระตุ้นขณะอยู่บ้านไม่ได้ออกกำลังกาย ขณะอยู่โรงพยาบาลออกกำลังกายทุกวัน

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ ขณะอยู่บ้านนอนหลับในช่วงกลางวัน กลางคืนไม่นอนเนื่องจากไปใช้ยาเสพติด ขณะบำบัดในช่วงแรกของการย้ายมาหอผู้ป่วยในพื้นที่ฟูสมรรถภาพนอนไม่ค่อยหลับ หลับๆ ตื่นๆ และนั่งหลับในขณะที่ทำกลุ่มบำบัดจากยาจิตเวช

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญหาและการรับรู้ ขณะบำบัดรักษาเมื่อวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ขณะอยู่บำบัดตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอาการเห็นภาพหลอนเป็นวิญญาณของเพื่อนที่สามารถถอดร่างได้มักจะเห็นช่วงเย็นของวัน ประเมิน SMI-V พบข้อ ๑ ประวัติทำร้ายตัวเอง ๒ ประวัติก่อความรุนแรง ทำลายข้าวของ และข้อ ๓ มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงเพื่อน

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำจากการติดยาเสพติด ทำให้ครอบครัวเดือดร้อน เป็นต้นเหตุที่ทำให้ครอบครัวทะเลาะกัน ประเมินความมีคุณค่าในตนเอง ผลพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย (๖๖ คะแนน)

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ ในครอบครัวอาศัยด้วยกัน ๗ คน สัมพันธภาพภายในครอบครัวห่างเหิน ต่างคนต่างอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบิดามารดา ผู้ป่วยอาละวาด ทำลายข้าวของ ขว้างพัดลม ขว้างหม้อข้าว ทะเลาะกันบ่อย เอามือทุบกำแพงจนทำให้เจ็บมือ

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ไม่เคยซื้อบริการ ทางเพศเมื่อเข้ามาบำบัดรักษา มีการ VCT (Voluntary Coucelling and Testing) วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ ไม่มีความเสี่ยง

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด เมื่อเกิดความเครียดมักจะตอบสนองด้วยการใช้ยาเสพติด เมื่อผู้ป่วยมีอาการโกรธ โมโห ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ได้ จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายตนเองเมื่อไม่พอใจ เช่น ใช้ศีรษะกระแทกกับเสา ใช้มือชกต่อร่างกายตนเอง เอามือทุบกำแพง เมื่อสอบถามสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมดังกล่าวผู้ป่วยบอกว่าทำไปเพราะระบายความเครียด

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลาม เชื่อว่าการได้ละหมาดครบ ๕ เวลาตามหลักศาสนา จะทำให้สบายใจขึ้น ความเครียดลดลง อาจทำให้อยู่บำบัดรักษาได้ครบกำหนด ขณะอยู่บ้านบางวันไม่ได้ละหมาด ผลจากการใช้ยาเสพติด เชื่อว่าครอบครัวมีความสำคัญถ้าตนไม่ใช้ยาจะทำให้ครอบครัวไม่ทะเลาะกัน

การวินิจฉัยโรค

Methamphetamine dependence with Methamphetamine induce Psychosis with Tobacco dependence

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ไม่ได้ตรวจ

ผลการประเมินจากนักจิตวิทยา

วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน นักจิตไม่สามารถทำแบบทดสอบได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ไม่สบตา สงสัยปัญหาด้านพฤติกรรมและเชาว์ปัญญา

วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำแบบทดสอบ มีลักษณะต่อต้าน สื่อสารโต้ตอบได้พอควร ค่อนข้างยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง ไม่สนใจคนอื่น ลักษณะต่อต้านสังคม

สรุปอาการ

แรกรับผู้ป่วยปฏิเสธอาการถอนพิษยา ปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน สิ้นหน้ำไม่ค่อยสดชื่น กังวล การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่และการบำบัดรักษา สัญญาณชีพแรกรับ BT=๓๖.๙ C PR=๗๘ /min RP=๒๐/mins BP=๑๑๔/๘๘ mmHg แพทย์มีแผนการรักษาให้ย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการถอนพิษยา และผลการประเมินของนักจิตวิทยาคลินิกสามารถให้ผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรูปแบบผู้ป่วยในได้เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยวางแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) เป็นกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับผลประโยชน์จากการเรียนรู้ที่มีกระบวนการบำบัดรักษาที่เข้มข้น ในรูปแบบชุมชนบำบัดเป็นฐานหลักและมีครอบครัวเป็นแกนหลัก

ที่มาร่วมการบำบัดรักษาแต่เริ่มต้น รวมทั้งการบำบัดรักษาที่มีกิจกรรมทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสม และเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง และสำคัญที่สุดกระบวนการติดตามการรักษาจะเป็นผลอย่างดียิ่ง เมื่อผู้ป่วยที่รับการบำบัดรักษาแล้ว สามารถนำกระบวนการช่วยเหลือตนเองไปดำเนินการปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ในช่วงแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีความกังวลต่อการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่และระยะเวลาในการบำบัด เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้แต่ต้องอาศัยการกระตุ้น ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับเพื่อนสมาชิก ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิตกำเริบ ไม่มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ในระยะลังเล (Contemplation)

วันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำกิจกรรมกลุ่มประชุมเช้า ขณะทำกลุ่มประชุมเช้า ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด เอะอะ โวยวายเสียงดัง เอาศีรษะกระแทกกับเสา กำหมัดใส่เพื่อนสมาชิกที่อยู่ใกล้ ผู้ป่วย ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า หงุดหงิด เครียด ไม่อยากทำกลุ่ม อยากกลับบ้าน ประเมิน (Overt Aggression Scale : OAS) = ๒ คะแนน แยกผู้ป่วยอยู่ห้องแยกจำกัดพฤติกรรม พุดคุยประเมินอาการให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก รายงานแพทย์ ได้รับการรักษาด้วยยา Valium ๑๐ mg (IV) Haloperidol ๕ mg (IM) หลังฉีดยาอาการสงบลง นอนหลับ ติดตามและประเมิน (Overt Aggression Scale : OAS) ต่อเนื่อง ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดจากยา ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น ประสานนักจิตประเมินอาการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ทำร้ายตัวเองซ้ำ สามารถทำกิจกรรมได้ วางแผนเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวช

วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยการถอดเสื้อผ้าและลงปอนอนตากแดดบริเวณสนามหญ้า เอามือกระแทกพื้นสนามหญ้า และมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนอื่นไม่ให้เข้าไปยุ่งจะอยู่คนเดียว สอบถามสาเหตุผู้ป่วยให้เหตุผลว่า ตัวเองหงุดหงิด บอกสาเหตุไม่ได้ แต่ไม่อยากเข้ากลุ่ม ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) = ๒ คะแนน พุดคุยให้คำปรึกษาผู้ป่วยมีพฤติกรรมสงบแยกให้อยู่แยกจำกัดพฤติกรรม รายงานแพทย์รับทราบ ให้คำปรึกษา สังเกตอาการ ติดตามประเมินอาการซ้ำ อาการหงุดหงิดลดลง ไม่ทำร้ายตัวเองซ้ำ ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ (Overt Aggression Scale : OAS) ลดลง = ๐ คะแนน

วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยหงุดหงิด ทำต่อยกับเพื่อนสมาชิก พุดใส่เจ้าหน้าที่ด้วยคำพูดที่หยาบคาย บอกว่าจะเอาศีรษะโขกเสาอีก ถ้าไม่ได้กลับบ้าน เมื่อสอบถามสาเหตุผู้ป่วยบอกว่า ตนเองมีอาการหงุดหงิดจะควบคุมตนเองไม่ได้ หลังจากเจ้าหน้าที่ได้ให้ผู้ป่วยสงบสติอารมณ์ ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เมื่ออาการสงบดูแลให้เข้ากลุ่มกิจกรรมและให้คำปรึกษา

วันที่ ๒๐ พฤศจิกายน - ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ปฏิเสธหูแว่วภาพหลอน ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีอย่างต่อเนื่อง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ทำร้ายตัวเองซ้ำ และได้พุดคุยให้คำปรึกษากับครอบครัวเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ซึ่งจากการประเมินของทีมสหวิชาชีพพบว่า หลังให้การบำบัดผู้ป่วยแบบรายบุคคล และการทำกลุ่มบำบัดเกี่ยวกับการรับรู้

อารมณ์และความรู้สึก และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ และยอมรับและเข้าใจในกระบวนการบำบัดรักษา ทีมสหวิชาชีพพิจารณา ร่วมวางแผนและกำหนดวันจำหน่าย วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖

ปัญหาการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ตามกระบวนการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญโดยเรียงตามสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตจากมากไปน้อย ประกอบด้วย)

ปัญหาที่ ๑ มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตัวเองเนื่องจากเครียดอยากกลับบ้าน ไม่ต้องการเข้ากลุ่ม ส่งผลให้จัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม

(พบปัญหาหาระหว่างวันที่ ๑๕ กันยายน - ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะเริ่มต้นสัมพันธภาพ (orientation phase) และระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ตามทฤษฎีของเพปพราว ประกอบด้วยระยะกำหนดปัญหา (Identification phase) โดยการค้นหาสาเหตุปัญหาของผู้ป่วย และระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation) โดยการแก้ไขปัญหการทำร้ายตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ทำร้ายตัวเองซ้ำ โดยการแก้ไขที่เกิดขึ้นก็ต้องเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจจนระบายความรู้สึกที่คับข้องใจที่เป็นสาเหตุของการทำร้ายตัวเองเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมหงุดหงิด ใครพูดไม่เข้าหูจะไม่ชอบ”

O: ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง เอาศีรษะกระแทกกับเสา

O: ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ตะโกนเสียงดัง พูดจาต่อเจ้าหน้าที่ ถ่มน้ำลายใส่เจ้าหน้าที่ เอน้ำราดเต็มพื้นห้อง และลุกออกจากกลุ่มประชุมเช้า

O: วันที่ ๑๕ ก.ย.๒๕๖๗ คะแนน OAS = ๒ คะแนน ทำร้ายตัวเอง เอาศีรษะกระแทกกับเสา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าว
๒. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเอง
๒. คะแนนประเมิน OAS = ๐ คะแนน
๓. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย แยกผู้ป่วยให้อยู่ในสถานที่ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นอารมณ์ หรือห้องแยกจำกัดพฤติกรรม (Richardson et al., ๒๐๑๙) เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว
๒. รายงานแพทย์และเรียกทีมจำกัดพฤติกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมให้การช่วยเหลือจำกัดพฤติกรรมกรณีก้าวร้าวรุนแรงจำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรม
๓. เจรจาต่อรอง ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สงบ ไม่คุกคามผู้ป่วย รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก และเสนอการช่วยเหลือ และตอบสนองถึงความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นจริง
๔. ค้นหาข้อมูลผู้ป่วย ประเมิน OAS ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และผู้อื่นซ้ำ เพื่อทราบความรุนแรงและนำมาวางแผนป้องกันได้อย่างทันที่
๕. แยกอยู่ห้องแยกจำกัดพฤติกรรม ดูแลจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกยึด ดูแลได้รับยา Valium ๑๐ mg (IV) Haloperidol ๕ mg (IM) ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการหลังได้รับยาจิตเวช อาจเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ เฝ้าระวังการเกิดอาการ EPS และให้การพยาบาลตามแนวทางการจำกัดพฤติกรรม
๖. ประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างการผูกยึดทุก ๓๐ นาที โดยพยาบาล ดังนี้ (จิรวัดน์ มูลศาสตร์, ๒๕๖๔; Adeniyi & Puzi, ๒๐๒๑)
 - ๑) ด้านร่างกาย ตรวจสอบสัญญาณชีพ การเคลื่อนไหว การไหลเวียนเลือด จัดเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก ๒ ชั่วโมง โดยจัดท่าที่ไม่ขัดขวางต่อการหายใจ ดูแลไม่ให้สายผูกยึดบังป้ายข้อมือของผู้ป่วย ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับผูกยึด รวมทั้งให้การดูแลด้านความสบาย และสุขภาวะส่วนบุคคลทุก ๓๐ นาที
 - ๒) ประเมินความตื่นตระหนก ระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งภาวะสับสน
 - ๓) ตำแหน่งการผูกยึดทั้งที่ตัวผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายจากหรือบาดเจ็บจากการผูกยึด ผิวหนังบริเวณที่ผูกยึด การเคลื่อนไหวของข้อ ป้องกันการ บวม แดง เขียว ดูแลเรื่องการขับถ่าย
๗. ประเมินผลข้างเคียงหลังจากได้รับยา Haloperidol ๕ mg IM ประเมินอาการ EPS ที่อาจจะเกิดขึ้น ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
๘. สังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยกจำกัดพฤติกรรมเพื่อสังเกตและให้การพยาบาลที่เหมาะสม ประเมิน OAS ทุกเวร และให้การพยาบาลตามระดับคะแนนการประเมิน
๙. เมื่อผู้ป่วยสงบ อารมณ์ การรับรู้ปกติ ดูแลเข้ากลุ่มบำบัดอย่างต่อเนื่อง กลุ่มกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
๑๐. ทบทวนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพและครอบครัวเพื่อวางแผนการดูแลป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทำร้ายตัวเองซ้ำ

การประเมินผล

วันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖

๑. ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าว และไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำ
๒. ประเมินคะแนน OAS = ๐ คะแนน

วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๖

๑. ผู้ป่วยสงบลง ไม่ได้รับอันตรายจากพฤติกรรมก้าวร้าว
๒. ประเมินคะแนน OAS = ๐ คะแนน

วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๑. ผู้ป่วยมีอาการที่สงบลง ไม่ได้รับอันตรายที่รุนแรง เพื่อนสมาชิกไม่ได้รับอันตราย
๒. ประเมินคะแนน OAS = ๐ คะแนน
๓. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น เมื่อรู้สึกหงุดหงิดจะรีบละหมาดเพื่อให้จิตใจสงบ เป็นต้น

ปัญหาที่ ๒ เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตัวเองซ้ำเนื่องจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสม (พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๕ กันยายน - ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ตามทฤษฎีของเพบพราว ประกอบด้วยระยะกำหนดปัญหา (Identification phase) โดยการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตัวเองและระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation) โดยการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่ถูกต้อง สอดคล้องกับสถานการณ์และเลือกใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่าผมควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ เมื่อหงุดหงิดก็จะทำร้ายตัวเอง
- O: ผู้ป่วยมีประวัติ SMI-V และข้อที่ ๑. จากประวัติผู้ป่วยทำร้ายตัวเองโดยเอาศีรษะกระแทกกับเสา
- O: ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้น้อย ก้าวร้าวเมื่อไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ ไม่ได้กลับบ้าน ไม่อยากเข้ากลุ่ม

กิจกรรม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำ
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิด อารมณ์ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์
๒. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยประเมินจากคะแนน OAS = ๐ คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และไม่ตัดสินว่าเคยทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกโดยการพูดคุยใช้คำพูดแสดงถึงการรับรู้ และเข้าใจปัญหาหรือสถานการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น (ศศินันท์ รักษาทรัพย์ และคณะ, ๒๕๖๔)
๓. ทำกิจกรรมบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวซ้ำโดยดำเนินกิจกรรม กลุ่ม Self help ฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ ทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม การเผชิญปัญหาและแก้ไข้ปัญหา
๔. ให้คำปรึกษาทุกวันศุกร์ (Static group) เพื่อให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละสัปดาห์ นำสิ่งที่เรียนรู้จากการทำกิจกรรมบำบัดไปใช้ สิ่งที่ได้ทำได้ดี และสิ่งที่จะต้องปรับปรุง เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อารมณ์และจัดการกับอารมณ์ได้เหมาะสม
๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงของยา เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วย
๖. ประสานครอบครัวขอความร่วมมือดูแลร่วมในการดูแล ให้ข้อมูลเรื่องโรค อาการ การรักษา การร่วมดูแล
๗. สังเกตสัญญาณเตือนของการเกิดอาการทางจิต และพฤติกรรมก้าวร้าวจากผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น สีหน้าบึ้งตึง อารมณ์ฉุนเฉียว หรือคำพูดที่บ่งบอกถึงการจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ประเมินอาการหูแว่ว ประสาทหลอน

การประเมินผล (วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

๑. ผู้ป่วยสามารถสะท้อนอารมณ์ของตนเองและบอกวิธีการที่ใช้ในการจัดการกับอารมณ์ได้สำเร็จทุกสัปดาห์ ในช่วงแรกของการดูแลผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้และจัดการกับอารมณ์ได้น้อย แต่เมื่อได้รับการทำกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยเริ่มมีพัฒนาการในการรับรู้อารมณ์และใช้วิธีในการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น แต่บางครั้งก็ยังไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ซึ่งตั้งแต่วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เป็นต้นมา ผู้ป่วยสามารถรับรู้อารมณ์และจัดการกับอารมณ์ได้เป็นอย่างดีและไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๑๒ วัน
๒. วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดเสียงดังใส่เพื่อนรำคาญที่เพื่อนพูดมาก ไม่ทำร้ายตัวเอง ในวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ พูดเสียงดังไม่พอใจเพื่อน ไม่ได้ทำร้ายตัวเอง พูดคุยให้คำปรึกษา ผู้ป่วยสงบลง หลังจากนั้นไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ปัญหาที่ ๓ ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากขาดความภูมิใจในตนเอง

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๓๐ กันยายน - ๒ ธันวาคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) ของทฤษฎีของเพบพราว และแบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ของกอร์ดอน เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบศักยภาพของตนเองและนำมาใช้ในการแก้ไข ปัญหาที่มองว่าตนเองเป็นต้นเหตุที่ทำให้ครอบครัวทะเลาะกัน

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยพูดว่า “ผมใช้ยาเยอะอาละวาด ที่บ้านไม่ค่อยสนใจ รู้สึกน้อยใจ”
- O: จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยมองว่าตนเองเป็นต้นเหตุให้ครอบครัวทะเลาะกัน
- O: ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า น้ำตาคลอ
- O: ประเมินความมีคุณค่าในตนเอง ผลพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย (๖๖ คะแนน)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาศักยภาพของตนเองนำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีคะแนนความมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง-สูงมาก ประเมินโดยใช้แบบประเมินของ Coopersmith ฉบับผู้ใหญ่ แปลและเรียบเรียงโดยนายตา วงศ์หลีกภัย
๒. ผู้ป่วยสามารถบอกคุณค่าของตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
๒. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ค้นหาสาเหตุความมีคุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
๓. ให้การพยาบาลโดยทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยเพิ่มเนื้อหาเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวช ซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเพิ่มเนื้อหาของกิจกรรม ดังนี้ ๑) หัวข้อรู้จักตนเอง เข้าใจและรับรู้ตนเอง ๒) ครอบครัวของฉัน ฉันสำคัญอย่างไร ๓) คุณค่าที่หายไปเราสามารถสร้างได้ ๔) ปัญหาฉันสามารถแก้ไขได้ ๕) ความดีของฉัน ๖) พลังอำนาจในตัวฉัน ๗) ฉันทำได้โดยฝึกช่วยทำผ้าบาติก ๘) มอบหมายงานดูแลความสะอาด รดน้ำต้นไม้ ดูแลความสะอาด
๔. ส่งเสริมให้ครอบครัวให้กำลังใจผู้ป่วย โดยการนำผลงานที่ผู้ป่วยทำได้สำเร็จให้กับครอบครัวได้ชื่นชมผลงานของผู้ป่วย และให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล
๕. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความมีคุณค่าในตนเอง โดยการฝึกให้แสดงความรู้สึกทางบวก ฝึกการคิด และพฤติกรรมรักตัวเอง การสร้างความหวัง การร่วมกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น การเรียนรู้ลองทำกิจกรรมใหม่ๆ เช่น ปลูกต้นไม้ ร้องเพลง การเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การประเมินผล (วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๖)

๑. ผู้ป่วยมีคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างมาก (๑๐๒ คะแนน)
๒. ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้นที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ อยู่กับเพื่อนได้ ได้ช่วยดูแลความสะอาดบ้าน
๓. มีความเชื่อมั่นต่อตนเอง ครอบครัวมาเยี่ยมและพูดคุยมากขึ้น

ปัญหาที่ ๔ การเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๕ กันยายน - ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว ซึ่งประกอบด้วยระยะกำหนดปัญหา (Identification phase) โดยให้ผู้ช่วยค้นหาสาเหตุของความเครียดและการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และระยะจัดการกับปัญหา (Exploitation phase) โดยการพัฒนาให้ผู้ช่วยมีวิธีการในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาผมเครียด หงุดหงิด ไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ เช่น ขอเงินไม่ได้ ถูกดู จะพูดไม่ดีกับคนที่บ้าน เขาจะได้สนใจ”

O: ขณะบำบัดอยากกลับบ้าน ไม่อยากเข้ากลุ่ม จากการซักประวัติตาม ๑๑ แบบแผนกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายตนเองเมื่อไม่พอใจ ใช้ศีรษะกระแทกกับเสา ใช้มือชกต่อร่างกายตนเอง และชกต่อเพื่อนผู้ป่วย เมื่อสอบถามสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมดังกล่าวผู้ป่วยบอกว่าทำไปเพราะระบายความเครียด

O: ผลการประเมินของนักจิตวิทยาคลินิก วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ ระบุว่า ผู้ป่วยยึดตนเองเป็นศูนย์กลางไม่สนใจบุคคลรอบข้าง เลือกรำคาญในสิ่งที่ตนเองต้องการ ขาดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น อารมณ์แปรปรวน ฉุนเฉียวง่าย และมีพฤติกรรมก้าวร้าว มีลักษณะคล้ายบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการความเครียดและเผชิญปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีจัดการความเครียด และวิธีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง
๒. ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของตัวเอง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการของผู้ป่วย
๒. ฝึกให้ผู้ช่วยได้ทบทวนอารมณ์ ตนเองเพื่อค้นหาวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม
๓. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอารมณ์ การเรียกชื่ออารมณ์ และลักษณะของอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับอารมณ์ที่ถูกต้อง (ไกรวุฒิ ศรีจันทร์, ๒๕๖๖)

๔. ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง การแก้ไขปัญหา การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม โดยการ เข้ากลุ่มกิจกรรม กลุ่ม Self help โดยการจำลองสถานการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติจริงว่าสามารถรับรู้และจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

๕. ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้สะท้อนการรับรู้อารมณ์และวิธีการจัดการที่ที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาประเมินผล และวางแผนปรับปรุงพัฒนาตัวเอง

การประเมินผล (วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยรับรู้อารมณ์จากปฏิกิริยาการตอบสนองต่ออารมณ์ของร่างกาย เช่น เมื่อเกิดอารมณ์โกรธผู้ป่วยจะรู้ว่าร่างกายตอบสนองผ่านการแสดงอาการหัวร้อน ใจสั่น ซึ่งในช่วงแรกของการดูแลผู้ป่วยเริ่มรับรู้อารมณ์ได้บางสถานการณ์ และจัดการทั้งวิธีการที่เหมาะสมและวิธีการที่ไม่เหมาะสม แต่เมื่อได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการที่เหมาะสมมากขึ้น เมื่อมีความเครียดจะพูดคุยปรึกษาเพื่อนและมาพูดคุยปรึกษาเจ้าหน้าที่ บอกวิธีการการจัดการความเครียดเมื่อกลับบ้าน ช่วยแม่ทำงาน ไปดูการแข่งขันกีฬา ไปดูฟุตบอล และพูดคุยกับแม่เมื่อไม่สบายใจ

ปัญหาที่ ๕ เสี่ยงต่อการเกิดอาการ Extrapyrarnidal Symptoms (EPS) จากการได้รับยาต้านอาการทางจิต (เฝ้าระวังปัญหาระหว่างวันที่ ๑๕ กันยายน - ๒๖ กันยายน หลังฉีดยา Valium และ Haloperidol)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพบพราว โดยการสอนให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรับยาจิตเวช และนำมาวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “หลังกินยาผมรู้สึกคอแห้งๆ อยากรินน้ำบ่อย”

O: ประเมินอาการ ยังไม่เกิดอาการ EPS

O: แพทย์มีแผนการรักษาผู้ป่วย ดังนี้

วันที่ ๑๕ กันยายน - ๒๖ กันยายน ๒๕๖๖

- Haloperidol ๕ mg (IM) Stat อาการข้างเคียงจากยาที่อาจจะเกิดขึ้น ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายได้ (tardive dyskinesia) กลุ่มอาการ Extrapyrarnidal ภาวะวิตกกังวล ง่วงซึม ซึมเศร้า เบื่ออาหาร หัวใจเต้นเร็วชั่วคราว ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า

- Risperidone (๒ mg) รับประทานวันละ ๒ ครั้ง ครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้าและก่อนนอน อาการข้างเคียงจากยาที่อาจจะเกิดขึ้น อาจทำให้ปากแห้ง ริมฝีปากแห้ง ตื่นน้ำบ่อย ท้องผูก ผื่นคัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดอาการข้างเคียงหลังได้รับยารักษาทางด้านอาการทางจิต

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต

๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากยาต้านอาการทางจิต ได้แก่ ลื่นแข็ง กลืนลำบาก กระสับกระส่าย และการเคลื่อนไหวผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง และประเมินอาการ Extrapyrarnidal Symptoms (EPS) เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง ลิ้นแข็ง หรือการเคลื่อนไหวผิดปกติทุกวัน

๒. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการ Extrapyrarnidal Symptoms (EPS) ที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง ลิ้นแข็ง หรือการเคลื่อนไหวผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นและหากมีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งพยาบาลทันที (สายฝน เอกวารางกูร, ๒๕๕๙)

๓. แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังในการเปลี่ยนท่าเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

๔. ให้คำแนะนำผู้ป่วยขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดแล้วเกิดอาการง่วงนอน ให้ขออนุญาตผู้นำกลุ่มเพื่อไปล้างหน้า เนื่องจากการล้างหน้าจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว จึงสามารถช่วยให้หายง่วงนอนได้ (จิตติมา ณรงค์ศักดิ์ และคณะ, ๒๕๖๓)

๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ ๖-๘ แก้ว เพื่อลดอาการคอแห้งและท้องผูก

๖. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล (วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖)

๑. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ และมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาจิตเวชในระดับที่ไม่รุนแรง เช่น คอแห้ง ปากแห้ง และอาการง่วงนอน เมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำอาการทุเลาลง

๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุในระหว่างการบำบัดรักษา

ปัญหาที่ ๖ สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่องเนื่องจากขาดสัมพันธภาพอันดีภายในครอบครัว

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๕ กันยายน - ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว โดยให้ผู้ผู้ป่วยได้ค้นหาสาเหตุของสัมพันธภาพที่ห่างเหินภายในครอบครัว และพยาบาลจะต้องให้คำปรึกษารอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้ที่ถูกต้อง และเกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “อยู่บ้านไม่ค่อยพูดกับใคร เพราะไม่กล้าที่จะปรึกษาใคร”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ที่บ้านจะอยู่กันแบบต่างคนต่างอยู่ ใครมีอะไรทำก็ไปทำ ”

S: มารดาบอกว่า “ตนเองรับจ้างกรีดยางเพื่อเลี้ยงลูก ๕ คน และรับจ้างทั่วไปทำให้ไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้ป่วย”

O: จากการซักประวัติตามแบบแผนนอร์ตอน พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวค่อนข้างห่างเหินกับบิดา เนื่องจากปัญหาที่ตนไปใช้ยาเสพติด บิดาเป็นคนคาดหวังให้ผู้ผู้ป่วยมีการศึกษาที่ดี และมีอาชีพที่มั่นคง

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจกัน พูดคุยกันมากขึ้น

๒. ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าที่ยิ้มแย้ม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีภายในครอบครัว เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาล

๒. ประสานครอบครัวของผู้ป่วยให้มาร่วมวางแผนให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์

๓. ให้คำปรึกษาครอบครัว ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, ๒๕๕๘)

ครั้งที่ ๑ ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติด อารมณ์ทางจิตเวช พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการดูแลผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ครอบครัวได้เข้าใจพื้นฐานของผู้ป่วยและรับรู้ว่าการติดยาเสพติดสามารถรักษาได้แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัว

ครั้งที่ ๒ ให้คำปรึกษาเรื่องการรับฟังปัญหาการสื่อสารภายในครอบครัว การสื่อสารที่เหมาะสม ความไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้ปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันภายใต้การให้การช่วยเหลือของพยาบาล นำไปสู่การปรับปรุงสัมพันธภาพภายในครอบครัวให้ดีขึ้น

ครั้งที่ ๓ ให้คำปรึกษาครอบครัวโดยการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวได้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และตั้งศักยภาพของครอบครัวมาใช้ในการดูแลพร้อมทั้งให้ครอบครัวและผู้ป่วยวางแผนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่บ้านโดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยให้คำปรึกษา

ครั้งที่ ๔ ให้คำปรึกษาครอบครัว โดยให้ครอบครัวนำแผนการดูแลต่อเนื่องที่ได้วางแผนไว้เมื่อครั้งที่ ๓ ไปพูดคุยวางแผนต่อเนื่องที่บ้านกับบิดา และนำมาแลกเปลี่ยนกับพยาบาลเพื่อให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของแผนการดูแลซึ่งจะต้องนำไปใช้จริง เพื่อเป็นการวางแผนการจำหน่าย

๔. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว

๕. ประสานสหวิชาชีพร่วมประเมินปัญหาและดูแลให้การช่วยเหลือ

การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖)

๑. ผู้ป่วยรู้สึกดีที่ครอบครัวให้ความสำคัญกับตนเอง รับฟังมากขึ้น และมาวางแผนการดูแลร่วมกัน

๒. มารดาเป็นผู้มาวางแผนและทำกิจกรรมร่วมกัน จำนวน ๔ ครั้ง ซึ่งมารดาบอกว่า “ตอนแรกก็กลัวว่าลูกจะไม่หาย พอกลับไปอยู่บ้านตนเองต้องลำบากแน่ ๆ เพราะไม่รู้จะดูแลอย่างไร แต่พอได้มาพูดคุยกับพยาบาลทำให้รู้ว่าลูกเราสามารถกลับมาเป็นคนดีได้อีก และตอนนี้ก็ได้วิธีการในการไปดูแลลูกต่อ มันสบายใจขึ้นเยอะเลยคะ”

๓. ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าที่ยิ้มแย้ม แววตาเปี่ยมไปด้วยความสุข

ปัญหาที่ ๗ การรับรู้และดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาบ้า
(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๕ กันยายน - ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว และแบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพของกอร์ดอน โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติด อาการทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด รวมทั้งส่งเสริมความตระหนักรู้ในตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และนำศักยภาพของตนเองมาใช้ในการเลิกยาเสพติด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “รับรู้ว่าการเจ็บป่วยติดยาบ้า แต่ไม่อยากรักษา คิดว่าเลิกเองได้”

O: จากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้มีอาการทางจิตเวช และไม่รู้ตัวช่วงที่อาละวาด ทำลายข้าวของ

O: จากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่า ผู้ป่วยไม่ตระหนักรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (Poor Insight) เนื่องจากไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรคสมองติดยาจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เห็นประโยชน์ของการบำบัดรักษาเนื่องจากรักษาในระยะเวลาสั้นๆ ก็หาย

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาบ้า และมีความคิดไม่กลับไปใช้ซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกผลกระทบจากการใช้ยาบ้าได้น้อย ๓ ข้อ

๒. ผู้ป่วยบอกข้อดีของการไม่ใช้ยาบ้าซ้ำได้น้อย ๓ ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ข้อมูลที่เป็นจริง

๒. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสพติดยาบ้า ผลกระทบของยาบ้า อาการทางจิตเวช เพื่อทราบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่

๓. แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเสพติดยาบ้า ผลกระทบของยาบ้า อาการทางจิตเวชที่เกิดจากยาบ้า พฤติกรรมก้าวร้าวกับการเสพติดยาบ้า และความสำคัญของการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่แท้จริงอันจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย (El Abdellati et al., ๒๐๒๐)

๔. แลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลเสียจากยาบ้ามากขึ้น

๕. ให้กำลังใจและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่บนเส้นทางของการหยุดการใช้อย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖)

๑. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเสพติดยาบ้า ผลกระทบของยาบ้า อาการทางจิตเวชที่เกิดจากยาบ้า พฤติกรรมก้าวร้าวกับการเสพติดยาบ้า และความสำคัญของการบำบัดรักษา โดยสามารถตอบคำถามได้ ดังนี้

๑.๑ บอกผลกระทบจากการใช้ยาบ้าได้ ๓ ข้อ ได้แก่ ใช้ยาบ้าแล้วเกิดอาการหูแว่ว ภาพหลอน เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายตนเองและคนอื่น และครอบครัวทะเลาะกัน

๑.๒ บอกข้อดีของการไม่ใช้ยาบ้าซ้ำได้ ๓ ข้อ ได้แก่ ครอบครัวพูดคุยด้วย ไม่เกิดอาการหูแว่ว ภาพหลอน และสามารถทำงานได้

ปัญหาที่ ๘ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยาต่อเนื่อง

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน - ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะสิ้นสุด (interminate phase) ของทฤษฎีเพปพราว โดยการให้การส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องเพื่อเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “เคยคิดจะเลิกหยุดได้ ๓ วัน ก็ใช้ต่อ ”

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ผมเล่นยามานาน พอเลิกก็เบื่อมันเหมือนไม่มีอะไรทำ”

O: จากการประเมินแบบแผนกอร์ดอนพบว่า ขาดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดเนื่อง ยังคบเพื่อน ที่ใช้ยาเสพติด และเมื่อมีปัญหาหรือมีความเครียด ไม่สามารถจัดการได้ก็มักจะเลือกใช้ยาเสพติดเป็นลำดับแรก

O: จากการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลังเล (contemplation)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นตัดสินใจหยุดใช้ยาเสพติด จริงจัง-ลงมือปฏิบัติ (Determination-Action)

กิจกรรมการพยาบาล (วิมล ลักษณะนาภิชนชัช, ๒๕๖๓)

๑. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

๒. ให้คำปรึกษาและสะท้อนกลับถึงความรุนแรงว่าถึงขั้นติดหรือไม่ มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างไร รุนแรงมาก-น้อยแค่ไหน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความเข้าใจของตนเอง

๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสร้างคำมั่นสัญญา (commitment strengthening) ในการเลิกยาเสพติด เพื่อให้คำมั่นสัญญาที่จะเลิกยาเสพติดมีความหนักแน่นขึ้น และเสนอทางเลือกเพื่อการแก้ไข

๔. ติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการประเมินแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายอุปสรรคที่เกิดขึ้น

๕. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นลงมือปฏิบัติ (Action stage) ทัดคนคิดต่อการเลิกยา อยากเลิกให้ได้พยายามเลิกและช่วยแม่ทำงาน

ปัญหาที่ ๙ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมใหม่

(พบปัญหาหาระหว่างวันที่ ๕ กันยายน - ๘ กันยายน ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา (working phase) ของทฤษฎีเพปพราว และแบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับของกอร์ดอน โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ช่วงนี้ผมนอนไม่ค่อยหลับ กว่าจะหลับก็ตึก”

O: จากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่าในช่วงแรกของการรับย้าย ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ซึ่งหลับได้ตอนเวลาประมาณ ๒๔.๐๐ หลับได้ตลอดคืน ตื่น ๐๔.๓๐ น.

O: จากการสังเกตผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น มีอาการง่วงนอนขณะทำกลุ่มบำบัด และมีอาการหาวบ่อย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามปกติ อย่างน้อยวันละ ๖-๘ ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล (อิติมา ณรงค์ศักดิ์ และคณะ, ๒๕๖๓)

๑. ค้นหาสาเหตุของการนอนไม่หลับเนื่องจากการนอนไม่หลับจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและไม่สุขสบาย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

๒. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับฤทธิ์ของยาบ้าที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำให้ศูนย์การนอนหลับในสมองเปลี่ยนแปลงและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมใหม่

๓. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (Sleep hygiene) ดังนี้

- เข้านอนเวลา ๒๑.๓๐ น. ตามเวลาการเข้านอนของหอผู้ป่วย

- งดชา กาแฟ หรืออาหารที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนเนื่องจากสารคาเฟอีนจะกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

- ออกกำลังกายช่วงเวลา ๑๖.๐๐ - ๑๗.๐๐ น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่หอผู้ป่วยกำหนดให้ออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายในช่วงเวลาดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น

- ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางความเครียด ความกังวลด้วยการอ่านตุอาร์ก่อนนอน หรืออวยตฤชีก่อนนอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบส่งผลให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น

๔. ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นให้นอนไม่หลับ

๕. เมื่อให้การดูแลและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลข้างต้นแล้วไม่ดีขึ้น ดูแลให้ยา Diazepam (๕ mg) รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด เมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ตามแผนการรักษาของแพทย์

๖. บันทึกการพยาบาลและส่งต่อข้อมูลแก่ทีมในการดูแลต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล (วันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เองระยะเวลา ๖ ชั่วโมง สีหน้าสดชื่นขึ้น

ปัญหาที่ ๑๐ ฟันผุเนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๖ กันยายน - ๑๙ กันยายน ๒๕๖๖)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “บางวันผมไม่ได้แปรงฟันครับ บางทีก็แปรงให้รู้ว่าแปรงแล้ว”

O: จากการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยดูแลสุขภาพช่องปากไม่เหมาะสม เนื่องจากแปรงฟันเป็นบางครั้ง

O: จากการตรวจร่างกาย พบฟันกรามล่างซ้ายผุ จำนวน ๑ ซี่ ไม่ปวด บวม แดง เหงือกไม่อักเสบ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพฟันได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยแปรงฟันถูกวิธี และฟันไม่ผุเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ให้คำแนะนำและอธิบายเกี่ยวกับการเกิดฟันผุให้ผู้ป่วยรับทราบ ซึ่งการเกิดฟันผุเป็นการทำงานร่วมกันของสารเคมีและเชื้อแบคทีเรีย ผ่านขั้นตอนของการทำปฏิกิริยาที่ซับซ้อน ระหว่างเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก น้ำตาล และหากฟันผุไม่ได้รับการรักษาอาจก่อให้เกิดอาการปวด อักเสบ และติดเชื้อได้

๒. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัยช่องปากและฟัน ดังนี้

๒.๑ สาธิตการแปรงฟันที่ถูกต้อง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยทดลองฝึกการแปรงฟันด้วยตนเองจนกว่าผู้ป่วยจะแปรงฟันได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยแปรงฟันได้ถูก วิธีสามารถป้องกันฟันผุได้

๒.๒ ให้ผู้ป่วยแปรงฟันอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อวัน และแปรงฟันในช่วงเช้าและก่อนนอน

๒.๓ แนะนำให้ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารของหวาน ขนมขบเคี้ยว เนื่องจากอาหารเหล่านี้จะทำให้เกิดฟันผุเพิ่มได้ง่ายและทพให้เกิดอาการปวดฟัน

๓. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อเกิดอาการปวดฟันให้แจ้งพยาบาลทราบ เพื่อวางแผนช่วยเหลือต่อไป

๔. ตรวจสอบสุขภาพช่องปากผู้ป่วยทุกสัปดาห์ โดยตรวจหอพผู้ป่วยในพื้นที่กำหนดตรวจร่างกายทุกวันอาทิตย์เวลา ๑๓.๓๐-๑๔.๓๐ น. เพื่อประเมินสุขภาพช่องปากการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก

๕. ส่งพบแพทย์ตรวจรักษา ได้รับ NSS อมบัวปาก ระยะเวลา ๒ อาทิตย์ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๖-๑๙ กันยายน ๒๕๖๖

ประเมินผลการพยาบาล (วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยสามารถแปรงฟันได้ถูกวิธี แปรงฟันในตอนเช้าและก่อนนอน ไม่เกิดฟันผุเพิ่ม และไม่มีอาการปวดฟัน

ปัญหาที่ ๑๑ มีภาวะติดสารนิโคตินระดับปานกลาง

ข้อมูลสนับสนุน

S: อยู่ที่บ้านผมสูบบุหรี่เยอะ มาที่นี่ไม่ได้สูบ อยู่ตึกบำบัดยาหลายวัน ดีขึ้นแล้ว

O: ประเมิน Heaviness of Smoking Index = 3 คะแนน ระดับปานกลาง

O: หยุดสูบบุหรี่มา ๑๕ วัน ก่อนย้ายบำบัดระยะฟื้นฟู

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

๒. มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินระดับการติดสารนิโคตินเพื่อกำหนดแผนการพยาบาล

๒. ประเมินแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่

๓. ดูแลให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่

๔. ดูแลเข้ากลุ่มกิจกรรมการเลิกสูบบุหรี่

๕. ติดตามต่อเนื่องหลังเข้ากลุ่มเลิกบุหรี่

การประเมินผลการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการของตนเองเพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ถาวร

๒. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ Stage of Change ระยะ Action

ปัญหาที่ ๑๒ ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความเข้าใจในการดูแลตัวเองหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

(พบปัญหาระหว่างวันที่ ๑๘ พฤศจิกายน - ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖)

อยู่ในระยะสิ้นสุด (Interminate phase) ของทฤษฎีเพพราว เป็นระยะที่ให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย การส่งเสริมให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการมาติดตามหลังการบำบัดรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

O: จากการประเมินผู้ดูแลพบว่า ครอบครัวยังไม่เข้าใจการดูแลผู้ป่วย การติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย

O: จากการประเมินผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยขาดความเข้าใจการดูแลตัวเองหลังจำหน่าย บอกวิธีการดูแลตนเองได้ไม่ครอบคลุม

O: แพทย์มีแผนการจำหน่ายวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลหลังจำหน่าย

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยสามารถตอบวิธีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้อย่างน้อย ๓ ข้อ
๒. ครอบครัวสามารถตอบวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้อย่างน้อย ๓ ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินปัญหาและความต้องการประเด็นในการวางแผนจำหน่าย
๒. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการจำหน่ายตามหลัก D METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้
 - ๒.๑ D (Diagnosis) โดยให้ความรู้เรื่องการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ การเกิดอาการทางจิตกำเริบ การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
 - ๒.๒ M (Medication) แนะนำการใช้ยาต้านอาการทางจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล และยาสำหรับรับประทานต่อที่บ้าน คือยา Risperidone (๒ mg) และยา Artane (๒ mg) โดยอธิบายฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในขณะรับประทานยา
 - ๒.๓ E (Environment) โดยแนะนำการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยไม่เข้าไปในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดซ้ำ และลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
 - ๒.๔ T (Treatment) ส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการรับประทานยาต้านอาการทางจิต และการไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิต พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลเป็นผู้จัดยาให้กับผู้ป่วย และตรวจสอบการรับประทานยา นอกจากนี้ฝึกให้ผู้ป่วยและญาติสำรวจสัญญาณเตือนของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
 - ๒.๕ H (Health) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
 - ๒.๖ O (Out patient) การเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญของการมาติดตามหลังการบำบัดรักษา การไปรับยาต้านอาการจิตเวชอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลทุ้งยางแดง การติดต่อขอความช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ปัญหาที่ต้องติดตามต่อให้แก่งานติดตามหลังการรักษา และแผนกยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลทุ้งยางแดง
 - ๒.๗ D (Diet) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดชา กาแฟ หรืออาหารที่มีคาเฟอีน
๓. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเป็นระยะเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง แก้ไขแผนการจำหน่าย
๔. จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่สังคมในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๑.๐๐ น. โดยมารดาเป็นผู้มารับกลับบ้าน

การประเมินผลการพยาบาล (วันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖)

๑. ผู้ป่วยสามารถตอบวิธีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้ดังนี้ ๑) จะต้องรับประทานยาจิตเวชทุกวัน ๒) งดกินชา กาแฟ และ ๓) ต้องไปรับยาจิตเวชต่อที่โรงพยาบาลทุ่งยางแดง

๒. ผู้มารดาคนดูแลผู้ป่วย สามารถตอบวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้ดังนี้ ๑) จะต้องให้ผู้ป่วยกินยาทุกวัน ๒) จะต้องสังเกตอาการเตือนก่อนก้าวร้าวแล้วขอความช่วยเหลือ และ ๓) ไม่ให้ผู้ป่วยไปกับเพื่อนที่ใช้จ่ายเสพติด

สรุปผลการดูแล

ผู้ป่วยบำบัดรักษาในระยะบำบัดยาเมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๒.๐๐ น. ถึงวันที่ ๔ กันยายน ๒๕๖๖ รวมทั้งสิ้น ๑๑ วัน และย้ายมาบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ หอผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพในวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๖ ขณะบำบัดในหอผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตัวเองและผู้อื่น อะอะโววายวาย อยากกลับบ้าน ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา การบำบัดรักษาจึงเน้นการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การให้คำปรึกษา และมีการประสานความร่วมมือกับครอบครัวและทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง แพทย์และทีมสหวิชาชีพพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีทักษะการป้องกันการเสพซ้ำ และมีผลการบำบัดรักษาเป็นที่น่าพอใจ จึงจำหน่ายในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ ระยะเวลาในการบำบัดรักษาจำนวน ๑๑๕ วัน และนัดมาติดตามหลังการบำบัดรักษาในวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖

อภิปรายผล

ระยะแรกของการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมีอาการที่ฉุนเฉียว โมโหง่าย และมักมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น อยากกลับบ้าน ไม่อยากเข้ากลุ่ม ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ การพยาบาลในระยะนี้มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากต้องรักษาไม่ให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการที่ไม่สามารถรับรู้และควบคุมอารมณ์ได้มาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม และขาดแรงจูงใจในการรักษาจึงเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมาโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชควบคู่กับการบำบัดในรูปแบบจิตสังคมบำบัด การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ แพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์และนักอาชีวบำบัด ตลอดจนการประสานครอบครัวให้มามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ระหว่าง การบำบัดรักษามีการให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษาครอบครัว การทำกลุ่มฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชซึ่งพยาบาลได้สอดแทรกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยรายนี้โดยการนำวิธีการรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของแบทแมนและฟอนาจี (Bateman & Fonagy, ๒๐๑๙) มาใช้ควบคู่กับทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพราวร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อารมณ์และจัดการกับอารมณ์ก่อนการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีกิจกรรมที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองซึ่งได้มาจากการทบทวนหลักฐาน

เชิงประจักษ์ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและทำกิจกรรมบำบัดร่วมกับครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และการวางแผนการจำหน่ายที่ให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง โดยการให้ครอบครัวได้มีการกำหนดแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับผู้ป่วยและพยาบาล รวมทั้งประสานการดูแลไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่จะต้องรับช่วงต่อในการดูแล เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยหลุดออกจากระบบการรักษา ผลลัพธ์จากการดูแลพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองไม่ให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีแรงจูงใจในการบำบัดรักษาในระยะลงมือปฏิบัติ (Action phase) มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังและได้รับการดูแลต่อเนื่องและหลังจำหน่าย

๑. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำเนื่องจากกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มียาเสพติด

๒. เสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชซ้ำจากการรับประทานยาการรักษาอาการทางจิตเวชไม่ต่อเนื่อง ครอบครัวไม่ได้ดูแลให้รับประทานยาได้ทุกวัน ต้องทำงานหารายได้

๓. การไปติดตามตามนัดและรับยารักษาอาการทางจิตเวชต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง นอกจากพยาบาลจะต้องมีทักษะ ประสบการณ์ ความชำนาญในการบำบัดรักษาโรคทางยาเสพติดแล้ว จำเป็นจะต้องมีการนำทฤษฎีทางการพยาบาล และเทคนิคการบำบัดทางจิตสังคมที่หลากหลายและมีความเฉพาะกับผู้ป่วยมาใช้ในการบำบัดรักษาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามเป้าหมายที่กำหนด อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

๒. การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดทุกรายจะต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถประเมินสภาพปัญหา นำมาวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลได้ครอบคลุมองค์รวมและเป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล

๓. การให้การพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มั่นใจว่าพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยและช่วยในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้

๔. การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถรับรู้ถึงปัญหาผู้ป่วยที่แท้จริงและครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา ร่วมวางแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายและร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันกับทีมผู้บำบัดในการบำบัดรักษา ทั้งนี้ ทีมสหวิชาชีพต้องใช้ทักษะอย่างมากในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

๕. ทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญในการร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอนของกระบวนการบำบัด ควรมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มีการส่งต่อข้อมูลและประสานการทำงานร่วมกันจนถึงระยะติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน เพื่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

๖. พยาบาลควรมีการประเมินขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) ของผู้ป่วย ยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเป็นระยะๆ และนำหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้าง

แรงจูงใจ (MI: Motivation Interviewing) มาใช้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะหยุดเสพยาอย่างต่อเนื่องไปจนถึงเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

๗. ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันที่ หากผู้ป่วยประสบปัญหาด้านยาเสพติด ปัญหาโรคทางกาย หรือปัญหาทางสังคมและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- ไกรวุฒิ ศรีจันทร์. (๒๕๖๖). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตที่มุ่งเน้นการรับรู้สภาพจิตใจและอารมณ์แบบกลุ่มต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดสารเสพติดแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิรวัดน์ มูลศาสตร์. (๒๕๖๔). การควบคุมผู้ป่วยด้วยวิธีทางกายภาพ (Physical restraints) ในโรงพยาบาลทั่วไป-แนวทางปฏิบัติและข้อพิจารณาทางเลือก. สรรพสิทธิเวชสาร, ๔๑(๒), ๗๙-๘๙.
- ธิติมา ณรงค์ศักดิ์, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล, และวรวงศ์ ตรีสิทธีวินิช. (๒๕๖๓). การนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับ: บทความพินพิวิชาการ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, ๑๔(๒), ๖๙-๘๕.
- น้ำจิต กุลอ่อน, จำเนียร สุวรรณกูร, และธนีสร มหานัด. (๒๕๖๔). ผลของโปรแกรมการปรับตัวของบุคคลในภาวะเสี่ยงต่อการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, ๓๕(๓), ๒๓-๔๑.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (๒๕๕๘). โปรแกรมบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริส.
- พยุงค์ศักดิ์ ผางแก้ว และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (๒๕๖๒). ผลของการจัดการความโกรธที่เน้นการปรับความคิดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, ๓๓(๑), ๕๓-๖๙.
- เพชร คันธสายบัว, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, กฤตัญญ์ แก้วยศ, และวีระ เจริญกุล. (๒๕๖๓). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, ๑๔(๒), ๑๖-๒๘.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. (๒๕๖๖). เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. รายงานประจำปี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี.
- วิมล ลักษณะนาภินชัช. (๒๕๖๓). คู่มือบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- วีรพล ชูสันเทียะ, และสมเดช พินิจสุนทร. (๒๕๖๐). ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ๕(๓), ๕๒๓-๕๓๓.
- ศศินันท์ รักษาทรัพย์, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, และนิตยา สุริยะพันธ์. (๒๕๖๔). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, ๓๖(๑), ๑๕๙-๑๖๘.
- ศุภาพิชญ์ มณีนาค. (๒๕๖๓). ความสัมพันธ์ระหว่างอาชญากรรมยาเสพติดและอาชญากรรมเกี่ยวกับทรัพย์สิน. วารสารวิชาการอาชญาวิทยาและนิติวิทยาศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ, ๖(๑), ๑๓๓-๑๔๘.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (๒๕๖๖). สถิติผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษา. ปทุมธานี: สบยช.

- สายฝน เอกวางกูร (บรรณาธิการ). (๒๕๕๙). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ ๒. นครศรีธรรมราช: ไทม์ พรินต์ติ้ง.
- สุทิสภา ถาน้อย. (๒๕๖๑). สมอและสารสื่อประสาทความผิดปกติในภาวะติดยาเสพติด. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (๒๕๕๘). การบำบัดครอบครัว: บทบาทของพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, ๒๙(๑), ๑-๑๓.
- Adeniyi, O. V., & Puzi, N. (๒๐๒๑). Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa. South African Family Practice: Official Journal of the South African Academy of Family Practice/ Primary Care, ๖๓(๑), e๑-e๗.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (๒๐๑๙). Handbook of mentalizing in mental health practice (๒ nd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- El Abdellati, K., De Picker, L., & Morrens, M. (๒๐๒๐). Antipsychotic Treatment Failure: A Systematic Review on Risk Factors and Interventions for Treatment Adherence in Psychosis. Frontiers in Neuroscience, ๑๔. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnins.2020.531163>
- Richardson, S. K., Ardagh, M. W., Morrison, R., & Grainger, P. C. (๒๐๑๙). Management of the aggressive emergency department patient: Non-pharmacological perspectives and evidence base. Open Access Emergency Medicine, ๑๑, ๒๗๑-๒๙๐, from <https://doi.org/10.21๔๗/OAEM.S๑๙๒๘๘๔>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (๒๐๒๓). Global Overview: Drug Demand Drug Supply. USA.