

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น : กรณีศึกษา

ชนิกานต์ สุมนธา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

บทคัดย่อ

ชายไทย อายุ ๑๙ ปี สถานภาพโสด ประวัติสูบบุหรี่ ๔ ปี ใช้ทุกวันๆละ ๑-๓ เม็ด เสพครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๑ เม็ด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ อาการแรก รับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยสับสน สีหน้าท่าทางวิตกกังวล หวาดระแวง หงุดหงิด ตาขวาง ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิด ประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS = ๕๑ คะแนน ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) = ๒ คะแนน ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเกิดอุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมรุนแรง และการหลบหนี (VESA) = ๓๒ คะแนน Urine Methamphetamine = Positive > ๒,๐๐๐ mg/ml แพทย์ให้การรักษา Antipsychotics Drug, Antianxiety Drug, Mood Stabilizer Drug พยาบาลต้องดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ประเมิน ความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ประเมินอาการนอนพิษยา สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิด อุบัติเหตุ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ ให้เข้าใจ ยอมรับ และ หลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมที่รุนแรง ผู้ป่วยรายนี้อยู่บำบัดรักษาในระยะ บำบัดยา รวม ๔๓ วัน จนกระทั่งอาการทางยาเสพติดและอาการทางจิตทุเลา สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ จึงส่งต่อไประยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลเสริมสร้างแรงจูงใจการเลิกเสพติด มีการประเมิน Stage of change อยู่ระยะการลงมือปฏิบัติในการเลิกเสพติด (Action) รวมระยะเวลาบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ๓๕ วัน ติดตามการรักษา ผู้ป่วยมีเป้าหมายไปอยู่กับมารดาเพื่อศึกษาต่อและทำงานที่ต่างประเทศ

Nursing care of Amphetamine dependence induced psychosis and High risk of harm others

Chanikarn Sumonta

Registered Nurse

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Abstract

Thai male, age 19 years and single. History of smoking methamphetamine for 4 years used 1-3 tablets every day, last used 1 tablet on May 1, 2023, received the drug treatment stage, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment on May 2, 2023. The onset of symptoms was good consciousness, confused conversation, facial expressions of anxiety, paranoia, irritability, cross-eyed, aggressive, auditory hallucination and delusion. Nurses were evaluated on Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) = 51 points, Overt Aggression Scale (OAS) = 2 points, and Violent Behavior and Escaping (VESA) = 32 points, Urine Methamphetamine = Positive > 2,000 mg/ml. Doctor provides treatment: Antipsychotic Drugs, Antianxiety Drugs and Mood Stabilizer Drugs, nurses take care to give medicine and observe for side effects from taking Antipsychotics drugs, assess the risk of behavior that harms others, evaluated substance Intoxication/withdrawal symptoms, build relationships to strengthen the patient's trust, provided an environment for patients to be safe, prevent an accident and information to other patients to understand, accept, and avoid words It stimulates the patient to have violent thoughts and behavior and information to other patients to understand, accept, and avoid words It stimulates the patient to have violent thoughts and behavior. This patient stayed in the drug treatment stage 43 days until he approved symptoms, able to control emotions, referred to the rehabilitation stage. Nurses strengthen the motivation to stop using drugs which stage of change was action, including the rehabilitation period of 35 days, follow-up treatment, The patient's goal is to live with his mother to continue his studies and work abroad.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของยาและสารเสพติดปัจจุบันอยู่ในสถานการณ์ที่มีการใช้อย่างกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเฉพาะยาบ้าซึ่งเป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและเป็นปัญหาที่รุนแรงที่สุดในประเทศไทยในปัจจุบัน โดยมีสัดส่วนผู้เข้าบำบัดรักษายาบ้า ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ร้อยละ ๗๑.๐๒, ๗๔.๕๔ และ ๘๒.๘๓ ตามลำดับ (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, ๒๕๖๖) ผลที่ตามมาคือเกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพต่อตัวผู้เสพ ซึ่งฤทธิ์ของสารเสพติดจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ทำให้อวัยวะและการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายเกิดความผิดปกติ สุขภาพเสื่อมโทรม สภาวะจิตใจอ่อนไหว อาจมีอาการวิตกกังวล หวาดระแวง อารมณ์แปรปรวน ฟุ้งซ่าน บางรายอาจมีอาการคุ้มคลั่ง อันเป็นเหตุให้เกิดอันตรายถึงชีวิตทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มก่อให้เกิดภาวะ“สมองตึดยา” หรือภาวะผิดปกติทางสมอง ที่ส่งผลให้สมองส่วนอยากมีอำนาจเหนือสมองส่วนคิด เมื่อผู้เสพรู้สึกมีความสุขจากการใช้ยาเสพติด จนเกิดความเคยชินที่ทำให้ผู้เสพรู้สึกว่าร่างกายต้องพึ่งยา หมกมุ่นกับการหายาเสพติด ขาดการไตร่ตรอง ยับยั้งชั่งใจ จนนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงที่ตามมานั่นเอง

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๑ เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.๒๕๒๒ (แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ ๘ พ.ศ.๒๕๖๔) ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ถ้าใช้แอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดอาการพิษของยาปรากฏ คือ ด้านร่างกาย อาจมีอาการใช้สุงแขนขาและมือสั่น มีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากผิดปกติ เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว เต็นผิดจ้งหะ ความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ชัก และหมดสติ หากใช้แอมเฟตามีนในขนาดสูงจะทำให้เสียชีวิตได้จากหัวใจเต้นผิดจ้งหะ และการหายใจล้มเหลว ด้านจิตประสาท อาจมีอาการตื่นตัว วิตกกังวล มีอาการตื่นตระหนกเฉียบพลัน พุดมาก พุดเพ้อเจ้อ หงุดหงิดง่าย ไวต่อสิ่งกระตุ้น กระสับกระส่าย มีภาวะกายใจไม่สงบ (agitation) มุ่งร้าย (hostility) สับสน (confusion) เพ้อ (delirium) ประสาทหลอน หรือมีอาการโรคจิตแบบหลงผิด (delusion) หวาดระแวงผู้อื่น (paranoid) ด้านพฤติกรรม จะมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และแสดงว่าตนเองใหญ่โตมีอำนาจเหนือผู้อื่น ผลในระยะยาวซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาบ้าอย่างมากและใช้อย่างต่อเนื่องคือเกิดอาการทางจิต ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด และหวาดระแวง ซึ่งอาการทางจิตเหล่านี้อาจคงอยู่ยาวนานนับปี แม้จะหยุดเสพยาแล้ว ความผิดปกติทางจิตที่มักพบในระยะยาวคือ โรคจิต (psychotic disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ข้อมูลจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและบสต.ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน ๒,๐๗๑ ราย ๑,๐๕๗ ราย และ ๑,๔๕๕ ราย เป็นระบบจิตเวช จำนวน ๒๓๒ ราย ๑๓๑ ราย และ ๑๗๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๒๐, ๑๒.๔๙ และ ๑๑.๓๗ ตามลำดับ ปัญหาการเสพยาบ้าไม่เพียงส่งผลกระทบต่อตัวผู้เสพ แต่ยังส่งผลร้ายแก่คนรอบข้าง ครอบครัว สังคมและชุมชน เช่นกัน รัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมกันแก้ไขปัญหากับการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ ใช้มาตรการทางกฎหมาย

อย่างเปรียบขนาดกับผู้ที่ทำให้เกิดในการค้ายาเสพติดและผู้เสพยาเสพติดรวมทั้งพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติดพ.ศ.๒๕๖๔ มุ่งเน้นการดูแล ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติดโดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาเพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการติดยาและสารเสพติดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่องและถูกต้อง ผู้ที่ให้การดูแลรวมถึงตัวผู้ป่วยเองต้องตระหนักถึงความสำคัญเนื่องจากมีความยุ่งยากและซับซ้อน การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ป้องกันการติดซ้ำและการกำเริบของอาการทางจิต

ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งต่อการเสพติดซ้ำและการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่ต้องรับประทุษร้ายต่อเนื่อง หากครอบครัวขาดความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้องจะส่งผลให้ ผู้ติดยาและสารเสพติดได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมเกิดความขัดแย้งในครอบครัวเกิดผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ติดยาและสารเสพติดกลับเข้าสู่ปัญหาเดิม กลายเป็นปัญหาเรื้อรังและเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องเริ่มจากการที่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในลักษณะของโรคสมองติดยา การเกิดโรคร่วมทางจิตเวช การรักษา การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง การดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบอกเล่าปัญหา การตัดสินใจในการปฏิบัติและการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของผู้ป่วยและครอบครัวจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลร่วมกันที่ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพเกิดความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล พยาบาลจึงต้องมีความรู้และความสามารถในการประเมินอาการอนพิษยาของผู้ป่วยเสพยาติดยาบ้า ภาวะแทรกซ้อนจากการเสพยาติดยาบ้า สามารถประเมิน วินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และจัดทำเป็นแนวปฏิบัติให้กับพยาบาลในการนำความรู้ไปปรับใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาติดยาบ้าต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาผู้ป่วยเสพยาติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น
๒. เพื่อจัดทำแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกผู้ป่วยเสพยาติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อทำการศึกษา ๑ ราย

๒. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด สาเหตุของการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์

๓. ศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารทางวิชาการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า (แอมเฟตามีน) อาการแทรกซ้อนทางจิตเวชจากการใช้ยาและสารเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน แนวคิดทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น

๔. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

๕. ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน

๖. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

๗. เผยแพร่ความรู้จากการทำกรณีศึกษา

ระยะเวลาที่ศึกษา

พฤษภาคม ๒๕๖๖ – ตุลาคม ๒๕๖๖

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ ๑๙ ปี สถานภาพโสด ประวัติเสพยาบ้ามานาน ๔ ปี เสพทุกวัน วันละ ๑-๓ เม็ด เสพครั้งสุดท้ายเมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๑ เม็ด เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัว พูดคุยถามตอบไม่ตรงคำถาม คิดนาน เบลอๆ พูดทวน สีน้หน้าท่าทางวิตกกังวล ไม่ค่อยนิ่ง หวาดระแวง หงุดหงิดตาขวาง ก้าวร้าว หูแว่ว หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นทหาร พูดถึงเรื่องมนุษย์ต่างดาว ประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS = ๕๑ คะแนน ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง Overt Aggression Scale : OAS = ๒ คะแนน ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเกิดอุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมรุนแรง และการหลบหนี (VESA) = ๓๒ คะแนน Urine Methamphetamine = Positive

การวินิจฉัยโรค

Amphetamine Dependence Induced Psychosis with SMI-V

การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health perception-Health management pattern)

ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองติดยาบ้า ระบุว่ายาเสพติดมีผลต่อสุขภาพ ทำให้มีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว แต่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าทำให้ตนเองมีอาการหลงผิด คิดว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร ปกติดี ช่วงวันแรกที่เข้ามาอยู่โรงพยาบาลในระยะบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยแยกตัว รู้สึกไม่อยากคุยกับใคร หวาดระแวง มีหูแว่วเป็นเสียงคนคุยกัน รู้สึกไร้ค่า หงุดหงิด

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutritional-metabolic pattern)

ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ ๓ มื้อ/วัน เป็นอาหารธรรมดาและในช่วงเวลาว่างมีการรับประทาน อาหารประเภทขนมปัง ขนมขบเคี้ยว น้ำหนักปัจจุบัน ๖๘ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๘๐ เซนติเมตร ค่า BMI ๒๐.๙๘ Kg/ m^๒ อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติผู้ชาย ๑๘.๕๐ – ๒๒.๙๐ Kg/m²)

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่ายของเสีย (Elimination pattern)

ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระ ๑-๒ วัน/ครั้ง ไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูกหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ปัสสาวะ ๕-๖ ครั้ง/วัน ไม่มีถ่ายปัสสาวะลำบากหรือแสบขัด

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity-exercise pattern)

ช่วงแรกผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอนส่วนใหญ่ ไม่ได้ออกกำลังกายและ เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย จากอาการถอนพิษยาเสพติด หูแว่ว หวาดระแวงต่อมาเริ่มมีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดและกลุ่มออกกำลังกายได้

แบบแผนที่ ๕ การนอนหลับพักผ่อน (Sleep-rest pattern)

ขณะบำบัดรักษา ระยะแรก ตื่นนอนตอนดึกแล้วหลับต่อยาก หลังจากได้รับประทานยาตามแผนการ รักษา ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ วันละ ๗ - ๘ ชั่วโมง นอนตั้งแต่เวลา ๒๑.๐๐ – ๐๕.๐๐ น.

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญา และการรับรู้ (Cognitive-perceptual pattern)

การรับรู้ผิดปกติ มีหูแว่ว ภาพหลอนและหลงผิด คิดว่าตนเองเป็นทหารมีรายชื่ออยู่ในกรมทหาร มีอารมณ์ก้าวร้าวและพฤติกรรมเอะอะอาละวาด เมื่อเข้าสู่สัปดาห์ที่ ๒ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น ไม่มีหงุดหงิด ก้าวร้าว นอนหลับได้ดีขึ้น และให้ความร่วมมือขณะบำบัดรักษาดีขึ้น

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self-perception self-concept pattern)

ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองใช้ยาเสพติดจนควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องเข้ารับการรักษา มองว่าการเสพยาบ้า ทำให้สนุก มีความสุข คลายเครียดได้ แต่ต่อมาทำให้ร่างกายทรุดโทรม ทำให้ครอบครัวเสียใจ ผู้ป่วยมีความคิดอยากเลิกใช้ยาเสพติด แต่ไม่อยากจะอยู่บำบัดที่โรงพยาบาลนาน รู้สึกอึดอัดที่ต้องนอนโรงพยาบาล อยากกลับไปทำงาน

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ (Role-relation pattern)

ในช่วงสัปดาห์แรก ผู้ป่วยแยกตัว ไม่พูดคุยกับใคร หวาดระแวง หงุดหงิด มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนผู้ป่วย ไม่อยากอยู่บำบัดรักษา ช่วงสัปดาห์ที่สองสัมพันธภาพกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยอื่นดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี สามารถร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่นได้ เข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆได้

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality-reproductive pattern)

ผู้ป่วยสถานะโสด ไม่มีความผิดปกติของอวัยวะเพศ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยปฏิเสธโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ ๑๐ แบบแผนการเผชิญความเครียดและการทนทานต่อความเครียด (Coping-stress tolerance pattern)

ผู้ป่วยเป็นคนเงิบๆ เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องเครียดผู้ป่วยจะแยกตัวอยู่คนเดียว หรือออกไปหาเพื่อน และใช้ยาเสพติด

ในช่วงแรกผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับตัว จากนั้นอาการเริ่มดีขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณต้องอยู่บำบัดและพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา ๑ เดือน เริ่มมีการปรับตัวเข้ากับกลุ่ม พูดคุยกับเพื่อนได้มากขึ้น และกล้าพูดคุยบอกความรู้สึกและขอคำปรึกษากับเจ้าหน้าที่มากขึ้น

แบบแผนที่ ๑๑ แบบแผนความเชื่อ และค่านิยม (Value-belief pattern)

เมื่ออาการถอนพิษยาและอาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระที่ทางหอผู้ป่วย กำหนดให้ และมีความเชื่อว่าเวรกรรมมีจริง ตั้งใจเลิกยาบ้าให้ได้เพื่อเป็นการตอบแทนคุณและไถ่โทษที่เคยทำไม่ดีกับตา ยาย อยากกลับไปทำงานและได้อยู่กับยาย และไปอยู่กับมารดาที่ประเทศอิตาลี

สรุปแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมาบำบัดรักษาเรื่องยาเสพติด รู้รับว่ายาเสพติดมีผลต่อสุขภาพของตัวเอง ทำให้มีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว หูแว่วประสาท

แบบแผนที่ ๒ สถิติปัญญา การรับรู้ : ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง แยกตัว สีหน้าและแววตาไม่ไวใจผู้อื่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ก้าวร้าวได้ยาก มีอารมณ์ตึงเครียด และมีความคิดหวาดระแวง

แบบแผนที่ ๓ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ : ผู้ป่วยรู้ว่าคุณเองใช้ยาเสพติดจนควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องเข้ารับการรักษา การเสพยาบ้าผู้ป่วยมองว่าระยะแรกที่ใช้สนุก มีความสุข คลายเครียดได้ แต่ต่อมาทำให้ร่างกายทรุดโทรม ทำให้ครอบครัวเสียใจ ผู้ป่วยมีความคิดอยากเลิกใช้ยาเสพติด แต่ไม่ยอมอยู่บำบัดที่โรงพยาบาลนาน รู้สึกอึดอัดที่ต้องนอนโรงพยาบาล อยากกลับไปทำงาน

แบบแผนที่ ๔ บทบาทและสัมพันธภาพ : ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนในครอบครัว มีปัญหาทะเลาะกับตา ยายบ่อยครั้ง เนื่องจากเสพยาบ้า เคยขู่ทำร้ายตา ยาย ทำให้ตา ยายรู้สึกกลัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย มารดาผู้ป่วยไปทำงานอยู่ที่ประเทศอิตาลี กลับมาเยี่ยม ๒-๓ ครั้ง/ปี ผู้ป่วยจะไม่ค่อยได้พูดคุยกับมารดามากนัก

แบบแผนที่ ๑๐ การเผชิญความเครียดและการทนทานต่อความเครียด : ผู้ป่วยเป็นคนเงิบเฉย ทุกครั้งที่มีความไม่สบายใจหรือมีความเครียดจะเก็บไว้คนเดียว ไม่ค่อยพูดคุยให้ใครฟัง แยกตัวคนเดียว เวลามีปัญหามักจะแก้ปัญหาด้วยการไปเสพยาบ้า บอกว่าเสพแล้วหายเครียด สนุกสนานเพลิดเพลิน

การประเมินร่างกายตามระบบ (Review of System) (วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖)

ระบบ	ประวัติอาการ
อาการทั่วไป	ผู้ป่วยเดินมาเอง ช่วยเหลือตัวได้ ถ้าม-ตอบตรงคำถาม ไม่สบตา สีหน้ากังวล ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แต่คิดซ้ำ ตอบซ้ำ
ศีรษะ ตา หู จมูก และช่องปาก	ศีรษะได้รูปไม่มีแผล ไม่ปวดบวม ไม่มีอาการตามัว ตาแดง ปวดหรือแสบตา ตา มองเห็นเป็นภาพปกติ การได้ยินปกติ ไม่เคยมีหูแว่ว การได้กลิ่นปกติมาตลอด ไม่เคยเลือดกำเดาไหล ไม่เคยติดเชื้อในโพรงจมูก การรับรสปกติดี ไม่เคยเหวี่ยง อักเสบเลือดออกตามไรฟัน ไม่เคยมีแผลในช่อง มีคราบหินปูน กลืนอาหารได้ ปกติ
คอ	ไม่เคยมีก้อนที่คอ ไม่เคยมีอาการคอแข็ง แนวคอระนาบเดียวกัน ลำคอตรง
เต้านม	ไม่เคยมีสารคัดหลั่งออกจากหัวนมหรือเต้านม ไม่เคยมีก้อนหรืออาการบวม
ระบบการหายใจ	ไม่เคยมีอาการไอเป็นเลือดหรือไอเรื้อรัง ไม่เคยมีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก ไม่เคยเป็นโรคหืด วัณโรคปอด เคยรักษาโรคปอดอักเสบ ปัจจุบันผลเอกซเรย์ปอด ปกติ ไม่ไอ ไม่เหนื่อยหอบ
ระบบหัวใจ	ไม่เคยเจ็บแน่นหน้าอก ขาไม่บวม ไม่เคยมีอาการชืดหรือเลือดออกง่าย
ระบบทางเดินอาหาร	ไม่เคยมีอาการกลืนลำบาก แสบร้อนหน้าอก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ หรืออาเจียน เคยท้องอืดเป็นบางครั้งขณะอยู่ที่บ้าน ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง/วัน มีจุดแน่นท้อง ท้องอืด เคาะท้องได้ยินเสียงโปร่งมาก (Hyper resonance)
ระบบทางเดินปัสสาวะ	ปัสสาวะพุ่งออกได้ดี ไม่เคยมีปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะไม่เป็นเลือด ไม่เคยเป็นนิ่ว ในไต
ระบบสืบพันธุ์	เพศชาย ไม่เคยเป็นไส้เลื่อน ไม่เคยมีหนองไหลจากอวัยวะเพศ ไม่เคยเจ็บอัณฑะ หรือมีก้อน ไม่เคยติดเชื้อกามโรค
ระบบหลอดเลือด	ไม่เคยมีอาการปวดขาเวลาเดินนานๆ ไม่เป็นตะคริว ไม่มีเส้นเลือดดำขอด
ระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อ	มีอาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อหรือปวดกระดูก ไม่เคยเป็นข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ หรือปวดหลัง กล้ามเนื้อไม่อ่อนแรง ไม่เคยมีปัญหาเรื่องการทรงตัว
ระบบประสาท	ไม่เคยมีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า
ระบบต่อมไร้ท่อ	ไม่เคยมีประวัติเหงื่อออกมาก หิวบ่อย กินจุ น้ำหนักลด ปัสสาวะบ่อย หรือ วิงเวียนเมื่อเปลี่ยนท่า
อาการทางจิตประสาท	มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน พูดคุยคนเดียว หลงผิดคิดว่าตนเองมีรายชื่อในกรม ทหาร คิดว่าตนเองสามารถสื่อสารกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ คิดว่าอยู่ในร่างเดียวกัน

การตรวจสภาพจิต (วันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖)

ลักษณะทั่วไป (General appearance) ผู้ป่วยชายไทยวัยผู้ใหญ่ รู้สึกตัวดี รูปร่างสูงโปร่ง สีหน้าเรียบเฉย ไม่สบตา ไม่สดชื่น ช่วยเหลือตัวเองได้ พูดคุยถามตอบเข้าใจดี นาน ตอบตรงคำถาม สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๙/๘๒ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๖๙ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๘๐ เซนติเมตร BMI = ๒๐.๙๘ Kg/m²

พฤติกรรมและการเคลื่อนไหว (Psychomotor) การทรงตัว และการเดินได้ปกติไม่มีอาการเกร็งหรือเดินเซ
อารมณ์ (Mood and effect) อารมณ์หงุดหงิด สีหน้าวิตกกังวล

ความคิด (Thought) กระแสดความคิดต่อเนื่อง บางครั้งพูดววน แต่เนื้อหาอยู่ในประเด็นที่สนทนา ทำทางหวาดระแวง แยกตัว

การพูด (Speech) ตอบตรงคำถาม แต่คิดซ้ำตอบซ้ำ น้ำเสียงไม่ดังหรือเบาจนเกินไป พูดน้อยต้องคอยกระตุ้นและถามซ้ำ

การรับรู้ (Perception) หูแว่วได้ยินเสียงคนนิทาน บ่นว่า รู้สึกหงุดหงิดรำคาญ เห็นภาพหลอน มองเห็นคนอยู่ในกลางหน้าผาก

ความรู้สึกตัวและสติปัญญา (Sensorium and Intelligence)

- ความรู้สึกตัว (conscious) รู้สึกตัวดี ถามตอบตรงคำถาม
- การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) ปกติ รับรู้ได้ถูกต้อง
- ความจำ (memory) ผู้ป่วยจำเรื่องราวในอดีตได้ สับสนในเรื่องเวลากับบางเหตุการณ์ ในช่วงเวลาสั้นๆได้ ความจำเฉพาะหน้าไม่ดี ทดสอบโดยให้จำของ ๓ อย่าง แล้วสนทนากับผู้ป่วย ๕ นาที กลับมาถามซ้ำ ผู้ป่วยไม่สามารถบอกสิ่ง ๓ อย่างได้ทั้งหมด

- สติปัญญา (intelligence function) อยู่ในเกณฑ์ปกติ เรียนจบ ม.๓
- สมาธิ (attention and concentrate) ไม่ค่อยมีสมาธิ ไม่ค่อยอยู่นิ่ง หงุดหงิด

การตัดสินใจ (judgment) ส่วนใหญ่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

การหยั่งรู้ในตน (Insight) รู้ว่าตนเองติดยาบ้า มีอาการหูแว่วประสาทหลอน หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าวหวาดระแวง คิดว่าสามารถเลิกยาบ้าได้ถ้ามีความตั้งใจ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ	การแปลผล
Urine for substance			
Methamphetamine	Positive > ๒๐๐๐ mg/ml	Negative	ผิดปกติ
THC	Negative	Negative	ปกติ
Opiate	Negative	Negative	ปกติ
UA			

ชนิดการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ	การแปลผล
Color		Yellow	ปกติ
Clarity	Clear	Clear	ปกติ
SG	๑.๐๐๓-๑.๐๓๕	๑.๐๑๐	ปกติ
pH	๕-๘	๖.๐	ปกติ
LEU	Negative	Negative	ปกติ
NIT	Negative	Negative	ปกติ
PRO	Negative	Negative	ปกติ
GLU	Negative	Negative	ปกติ
KET	Negative	Negative	ปกติ
UBG	Negative	Negative	ปกติ
BIL	Negative	Negative	ปกติ
ERY	Negative	Negative	ปกติ
RBC	๐-๕	๐-๑	ปกติ
WBC	๐-๕	๐-๑	ปกติ
Squa-Epi	๐-๑	๐-๑	ปกติ
Amorphous	Negative	Negative	ปกติ
Mucous	Negative	Negative	ปกติ
Bacteria	Negative	Negative	ปกติ
CBC			
WBC count	๖.๘	๕.๐-๑๐	ปกติ
RBC count	๖.๑๖	M.๔.๕-๖.๐ F.๔.๐-๕.๕	ปกติ
Hemoglobin	๑๕.๗	M.๑๔-๑๘ F.๑๒-๑๖	ปกติ
Hematocrit	๔๙.๘	M.๔๐-๕๔ F.๓๗-๔๗	ปกติ
MCV	๘๐.๐	๘๐-๙๕	ปกติ
MCH	๒๗	๒๗-๓๓	ปกติ
MCHC	๓๑.๕	๓๑-๓๖	ปกติ
Platelet count	๓๖๙	๑๕๐-๔๐๐	ปกติ
RDW	๑๒.๖	๑๑.๕-๑๔.๕	ปกติ
Neutrophil	๕๓	๕๐-๗๐	ปกติ
Lymphocyte	๓๙	๒๐-๕๐	ปกติ
Monocyte	๕	๒-๗	ปกติ

ชนิดการตรวจ	ค่าที่พบ	ค่าปกติ	การแปลผล
Eosinophil	๓	๑-๖	ปกติ
Basophil	๐	๐-๑	ปกติ
RBC morphology	Normal	Normal	ปกติ
Microcyte	Few		ปกติ
Platelet Smear	Adequate	Adequate	ปกติ
comment	Malaria not found		
Chest X-ray	No reactive pulmonary disease		ปกติ

จากตารางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบความผิดปกติในผู้ป่วยรายนี้ คือ พบสารเสพติดกลุ่มสารกระตุ้นประสาท (ยาบ้า) ในปริมาณมากกว่า ๒,๐๐๐ มิลลิกรัมในปริมาณปัสสาวะ ๑ มิลลิลิตร แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยใช้ยาบ้าอย่างต่อเนื่อง ทำให้ปริมาณยาบ้าคงอยู่ในร่างกาย

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยรายนี้ สามารถนำมาสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล ได้ดังนี้

๑. เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการประสาทหลอนและอาการหวาดระแวง
๒. ไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics drugs)
๓. ประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์ลดลง
๔. ไม่สุขสบายจากภาวะขาดนิโคติน
๕. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Agranulocytosis) จากการได้รับยา Clozapine
๖. ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด
๗. เสี่ยงต่อการอยู่รับการรักษาไม่ครบกำหนดเนื่องจากวิตกกังวลอยากกลับบ้านและขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

๘. สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวบกพร่อง

๙. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการเสพยาบ้า ขาดทักษะในการดำเนินชีวิตและไม่มีเป้าหมายชีวิต

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการประสาทหลอนและอาการหวาดระแวง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ามีหูแว่ว เสียงคนนินทาว่าร้าย มองเห็นภาพคนอยู่กลางหน้าผาก

S: หวาดระแวง กลัวว่าจะมีทหารจับตัวส่งเข้าค่ายทหาร คิดว่าตนเองเป็นทหารมีบาร์โค้ดอยู่ในตัว

O: วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ตาขวาง ก้าวร้าวเอะอะโวยวาย อยู่ไม่นิ่ง

พูดคุยสับสน

O: ประเมิน BPRS = ๕๑ คะแนน (มีอาการทางจิตรุนแรง)

ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้)

ประเมิน VESA ความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง (Violent) = ๓๒ คะแนน (มีความเสี่ยงมาก)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น

เกณฑ์การประเมิน

๑. ไม่มีอาการก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น
๒. อาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เข้ากลุ่มกิจกรรมขณะอยู่บำบัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

๑. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ข้อเท็จจริงในเรื่องที่ผู้ป่วยมีการรับรู้บกพร่องไปจากความจริง
๒. ประเมินอาการและสังเกตพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นอย่างใกล้ชิด ทั้งสีหน้า ท่าทาง คำพูด การเคลื่อนไหว
๓. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวางให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเร้าอารมณ์ผู้ป่วย แยกผู้ป่วยจากสิ่งรบกวน โดยจัดให้พักในห้องแยก
๔. รับฟังผู้ป่วยพุดคุยระบายความรู้สึกด้วยท่าทางที่สนใจ ไม่โต้เถียง เกี่ยวกับความคิดที่หลงผิด พุดคุยให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเหมาะสม
๕. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาต้านอาการทางจิต และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา
๖. เฝ้าระวัง สังเกตอาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖)

ผู้ป่วยปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

- ประเมิน BPRS = ๒๓ คะแนน (มีอาการทางจิตทุเลา)
- ประเมิน OAS = ๐ คะแนน (ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)
- ประเมิน VESA = ๐ คะแนน (ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง)

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ ไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics drugs)

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง พุดไม่ชัด

O: ได้รับยาต้านอาการทางจิต ได้แก่

Risperidone (๒ มิลลิกรัม) รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเย็นและก่อนนอน

Quetiapine (๒๐๐ มิลลิกรัม) รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนนอน

Tranxene (๕ มิลลิกรัม) รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น

Depakine (๕๐๐ มิลลิกรัม) รับประทาน ครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเย็นและก่อนนอน

Clozapine (๑๐๐ มิลลิกรัม) รับประทาน ครั้งละ ๑/๒ เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น และ ๑ เม็ด

ก่อนนอน

Haloperidol ๕ mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ, Valium ๑๐ mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ วันที่ ๒ และ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖

O: ผู้ป่วยกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอาการรุนแรงจากอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต
๒. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่น สามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมได้

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต เช่น อาการ EPS ได้แก่
 - ๑) Acute dystonia (คอบิด ตัวแ่น ตาเหลือก ลิ้นคับปาก)
 - ๒) Akathisia (กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง เดินไปเดินมา นั่งอยู่เฉยกับที่ไม่ได้)
 - ๓) Parkinsonian (มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง เดินซอยเท้า)
 - ๔) Tardive dyskinesia (เคี้ยว/ตุตริมฝีปาก แลบลิ้น กระพริบตา เปลือกตากระตุก)

อาการ NMS ได้แก่ ซึมลง ตัวแข็ง มีไข้สูง เหงื่อออกมาก ซึ่จรรยาและความดันโลหิตไม่คงที่

๒. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน/อุบัติเหตุ จากอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต
๓. ผู้ป่วยรับทราบอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิตและสังเกตอาการผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพผู้ป่วยจากการได้รับยา ประสิทธิภาพของยาและอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่ออาการของตน

๒. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น ปากแห้งให้ทาวาสลีน คอแห้งให้ดื่มน้ำมาก ๆ วันละ ๘ แก้ว หรือจิบน้ำบ่อยๆ ถ้าท้องผูกจัดอาหารที่มีกากใยสูง และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องยาที่รับประทานอาจทำให้วงซึม ตาพร่ามัว มึนงง เวียนศีรษะ ระดับความดันโลหิตต่ำ ควรระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุโดยให้ผู้ป่วยสังเกตอาการและแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ

๓. อธิบายและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าอาการเหล่านี้จะไม่เป็นอันตราย เมื่อร่างกายปรับตัวได้ อาการจะค่อยๆดีขึ้น หรือถ้ายังมีอาการอยู่ ก็จะมีแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาให้อาการนั้นทุเลา/หายได้ ดูแลให้ได้รับยา Artane (๒ มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Propranolol (๑๐ มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น

๔. แนะนำให้สังเกตอาการ พุดไม่ชัด คอแข็ง ลิ้นแข็ง กลืนอาหารลำบาก กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่งได้ ให้รีบแจ้งพยาบาล เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาให้การรักษา

๕. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากสิ่งกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

๖. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับการรักษา

การประเมินผล (วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑. อาการปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง พุดไม่ชัด ทุเลาลง

๒. อาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่งลดลง

๓. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่เกิดอาการ NMS ไม่เกิดอุบัติเหตุจากอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต

ข้อวินิจฉัยที่ ๓ ประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์ลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมหงุดหงิด เอะอะโวยวาย ก้าวร้าวทุบทำลายข้าวของ ทำร้ายยาย

O: วันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ตาขวาง ก้าวร้าวเอะอะโวยวาย อยู่ไม่นิ่ง พูดคุยสับสน

O: ประเมิน OAS = ๒ คะแนน (ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้)

ประเมิน VESA = ความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง (Violent) = ๓๒ คะแนน (มีความเสี่ยงมาก)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่ทำร้ายผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ตนเองได้ มีท่าทีสงบ ไม่ก่อเหตุทะเลาะวิวาทหรือทำร้ายผู้ป่วยอื่น

๒. ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และพร้อมให้การช่วยเหลือ

๒. ประเมินอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออก ความคิด การรับรู้ การเคลื่อนไหว

๓. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดอารมณ์โกรธ ไม่พึงพอใจ ซึ่งอาจจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว วนวายได้

๔. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคิด ความรู้สึก โดยเฉพาะความคิด ความรู้สึก ด้านลบ

๕. เมื่อผู้ป่วยอารมณ์สงบ ฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เช่น การเข้าร่วมกลุ่มประชุมเช้า เป็นต้น

๖. แนะนำวิธีแสดงออกอย่างเหมาะสมในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม เช่น การให้เกียรติซึ่งกันและกัน การเคารพผู้อื่น การพูดจาด้วยถ้อยคำสุภาพไม่พูดคำหยาบ เป็นต้น

๗. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียด เมื่อรู้สึกเครียด หงุดหงิด หรือโมโห เช่น การฝึกผ่อนคลายใจ เข้าและออก การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ เป็นต้น

๘. กล่าวชื่นชมเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อเป็นการเสริมแรงบวก

๙. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิด พิจารณา ถึงสาเหตุ การแสดงออกที่ผ่านมา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการแสดงพฤติกรรมและหาแนวทางป้องกัน

๑๐. ดูแลให้ยา Haldol ๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ Valium ๑๐ มิลลิกรัม ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการก้าวร้าว

๑๑. ผู้กึ่งกรณีผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์และแสดงพฤติกรรมที่อาจเกิดอันตรายขึ้นได้

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ หงุดหงิดลดลง มีท่าที่สงบลง หลังได้รับยาสงบอาการ
๒. ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอื่น เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

ข้อวินิจฉัยที่ ๔ ไม่สุขสบายจากภาวะขาดนิโคติน

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า ออยากสูบบุหรี่
- O: ผู้ป่วยสูบบุหรี่มานาน ๖ ปี สูบวันละ ๘ มวน สูบครั้งสุดท้าย วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- O: คะแนนระดับการติดนิโคติน = ๓ คะแนน (ติดสารนิโคตินระดับปานกลาง)
- O: ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากภาวะขาดนิโคติน

เกณฑ์การประเมิน

อาการไม่สุขสบายจากภาวะขาดนิโคตินลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สังเกตและประเมินอาการขาดนิโคติน เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย
๒. ให้ข้อมูลว่าโรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่เพื่อสุขภาพ
๓. ให้การปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้หลัก **๕A&R** คือ

๕A ได้แก่

Ask: สอบถามข้อมูลเบื้องต้นถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

Advice: ให้คำแนะนำถึงอันตราย ความเสี่ยง วิธีลดและเลิกบุหรี่

Assess: ประเมินว่าติดบุหรี่เพราะความเคยชินหรือติดจริง ควรบำบัดรักษาด้วยวิธีใด

Assist: ช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

Arrange follow up: การติดตามผลทั้งระหว่างการรักษาและหลังการรักษา

๕R ได้แก่

Relevance: สร้างกิจกรรมเพื่อจูงใจเลิกบุหรี่ให้สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ

Risks: ให้ข้อมูลเรื่องความเสี่ยงเพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายจากบุหรี่

Rewards: บอกข้อดีที่จะได้รับจากการเลิกบุหรี่

Road blocks: ลองค้นหาอุปสรรคและปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ พร้อมให้คำแนะนำ

Repetition: ทำซ้ำๆ นัดให้มาบำบัดรักษาต่อเนื่องจนกว่าจะเห็นผล

๔. ให้ข้อมูลโทษพิษภัยของบุหรี่ต่อร่างกาย เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรคหัวใจและหลอดเลือด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น
๕. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเย็น อาน้ำ อมลูกอมหรือผลไม้รสเปรี้ยวเพื่อบรรเทาอาการอยากบุหรี่

๖. ดูแลให้ Nicorette (NE) ๔ mg เคี้ยวครั้งละ ๑ เม็ด เวลาอยากสูบบุหรี่ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยแนะนำให้เคี้ยวช้าๆ จนเกิดรสซ่า พักที่กระพุ้งแก้มจนรสซ่าหายแล้วเคี้ยวใหม่ (ไม่เกิน ๓๐ นาที)

๗. จัดน้ำยาอมอดบุหรี่ และแนะนำให้อมน้ำยา ๑ นาทีแล้วบ้วนทิ้ง ไม่ให้กลืน ถ้ามีอาการอยากสูบบุหรี่อีกสามารถอมน้ำยาซ้ำได้

๘. แนะนำให้ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากและฟัน โดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธีให้ช่องปากสะอาด เพื่อลดอาการอยากบุหรี่

๙. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา

๑๐. ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ

๑๑. ประเมินอาการไม่สุขสบายจากอาการขาดนิโคตินต่อเนื่องจนอาการทุเลา

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเรื่องโทษพิษภัยจากบุหรี่ แต่ยังคงเล็งเรื่องการตัดสินใจเลิกบุหรี่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่ได้

๒. หลังได้รับ Nicorette (NE) ๔ mg เคี้ยวครั้งละ ๑ เม็ด เวลาอยากสูบบุหรี่ตามแผนการรักษา ของแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการอยากสูบบุหรี่ลดลง และหงุดหงิดลดลง

ข้อวินิจฉัยที่ ๕ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Agranulocytosis) จากการได้รับยา Clozapine

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยได้รับยา Clozapine (๒๕ mg) รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหารเช้า และก่อนนอน

วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Agranulocytosis) จากการได้ยา Clozapine

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจนผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การพยาบาล

๑. ประเมินอาการผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ

๒. ดูแลให้ได้รับยา Clozapine (๒๕mg) รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด วันละ ๒ ครั้ง หลังอาหารเช้า และก่อนนอน ตามแผนการรักษา

๓. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หนาวสั่นมีไข้ เจ็บคอ มีแผลที่ปาก อ่อนแรง หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้เวียน ให้แจ้งพยาบาลทันที

๔. แนะนำการป้องกันและดูแลตนเองอย่างเคร่ง เช่น การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารเช้า และเข้าห้องน้ำทุกครั้ง สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพบเจอญาติและแพทย์ทุกครั้ง

๕. ตรวจ CBC ก่อนให้ยา ติดตามผล CBC ทุกสัปดาห์ตามแผนการรักษา

๖. ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ ๓๖.๖-๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๐-๑๑๐ ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ - ๑๒๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๒. จากการติดตามผลตรวจ CBC ทุกสัปดาห์ ๑๐ สัปดาห์ พบว่า WBC อยู่ในช่วง ๖.๘ - ๘.๐ x ๑๐^๓/UL (microliter) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยที่ ๖ ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบ่น “ผมรู้สึกจุกแน่นท้อง ไม่พวยลม”

O: จากการตรวจร่างกาย เคาะท้องได้ยินเสียงโป่งมาก (Hyper resonance)

O: ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป นม น้ำอัดลม

วัตถุประสงค์

เพื่อลดความไม่สุขสบายจากอาการท้องอืด

เกณฑ์การประเมิน

๑. อาการท้องอืด จุกแน่นท้องทุเลา

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการและสาเหตุของท้องอืด โดยการสังเกตและตรวจร่างกาย

๒. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดินหลังรับประทานอาหารไม่ควรนอนทันที

๓. แนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากและทำให้มีก๊าซมาก เช่น อาหารประเภทถั่ว น้ำอัดลม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป

๔. แนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยไม่รับประทานอาหารครั้งละมากๆ หรือเร็ว จนเกินไป เคี้ยวอาหารช้าๆ และรับประทานอาหารให้เป็นเวลา

๕. แนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างน้อย ๖-๘ แก้ว ต่อวัน

๖. แนะนำให้ออกกำลังกาย เพื่อช่วยกระตุ้นระบบย่อยอาหารและขับถ่าย

๗. ดูแลให้ได้รับยา Miracid รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด ก่อนอาหาร เข้า-เย็น, Air-X รับประทานครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น ตามแผนการรักษา

๘. ติดตามอาการท้องอืดต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการจุกแน่นท้องลดลง รู้สึกสุขสบายมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยที่ ๗ เสี่ยงต่อการอยู่รับการรักษาไม่ครบกำหนดเนื่องจากวิตกกังวลอยากกลับบ้านและขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่อยากจะอยู่ในโรงพยาบาลนาน คิดถึงบ้าน อยากกลับบ้าน”

O: สีน้าตึงเครียดเมื่อโทรศัพท์หายาย พูดคุยเรื่องกลับบ้าน รับประทานอาหารวันกลับบ้านบ่อยครั้ง แต่ยายต้องการให้อยู่บำบัดจนครบตามแผนการรักษา

O: ตา ยายอยู่ต่างจังหวัด มาเยี่ยมไม่สะดวก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเรื่องอยากกลับบ้าน และเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยากกลับบ้านลดลง
๒. ผู้ป่วยสามารถอยู่บำบัดได้ตามแผนการรักษา บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model ต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยแสดงความเห็นใจ เข้าใจ รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจด้วยท่าทีที่เป็นมิตร

๒. ประเมินอาการทางกาย ทางจิต การพักผ่อนของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นปัจจัยให้ผู้ผู้ป่วยไม่ยอมบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ

๓. อธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการบำบัดรักษา และประโยชน์ที่ได้รับเมื่ออยู่บำบัดรักษา พูดคุยให้กำลังใจสะท้อนข้อมูลความเป็นจริงเกี่ยวกับผลกระทบของการเสพยาบ้าที่ผ่านมา สะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยคิด หากผู้ป่วยหยุดเสพยาบ้าได้นานขึ้นจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวบ้าง

๔. ค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย ขาดแรงจูงใจ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดจนครบตามแผนการรักษา โดยประเมิน Stage of change เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจอยู่บำบัดรักษาตามแผนและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model ต่อเนื่อง

๕. นำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้ข้อมูลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาบ้าได้นานขึ้น

๖. ให้ผู้ป่วยได้ทดลองไปร่วมกิจกรรมที่ฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้าไปเป็นกลับ ๓ วัน เพื่อทดลองการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มประชุมเช้า กลุ่ม Self Help และกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพและได้ปรับตัวกับสถานที่และบุคคลที่ฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพ

๗. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกต่อการย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model

๘. ประสานญาติมาเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วย และวางแผนการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model ร่วมกัน

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง มีความเข้าใจผลดีของการบำบัดจนครบตามแผนการบำบัด มีความตั้งใจเลิกลยาเสพติด ไม่มีความคิดหลบหนี วางแผนร่วมกับยายและมารดาเรื่องการบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่อง

๒. ผู้ป่วยได้ไปทดลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพชายตึกเขียวสองแล้ว มีความสนใจที่จะเรียนรู้กลุ่มกิจกรรมต่างๆ และมีความตั้งใจที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model ต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยที่ ๘ สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าตนมีปัญหาภัย ยายบ่นด่าว่าและทะเลาะกันบ่อย สนทนากับเพื่อนจะชอบไปอยู่กับเพื่อนมากกว่า

O: บิดามารดาหย่าร้างตั้งแต่ผู้ป่วยยังเด็ก ไม่ได้ติดต่อกับบิดา มารดาไปทำงานที่ต่างประเทศกลับมาเยี่ยมปีละ ๒-๓ ครั้ง สัมพันธภาพห่างเหิน

O: ผู้ป่วยอยู่กับตายาย สัมพันธภาพไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักขอเงินไปซื้อยาบ้าเสพ เมื่อไม่ให้ก็จะอาละวาด โวยวาย ชูทำร้าย

วัตถุประสงค์

๑. เสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว
๒. เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง
๒. ผู้ป่วยและครอบครัวคุยกันด้วยท่าที่เป็นมิตรแสดงออกด้วยท่าที่ห่วงใยใส่ใจกัน

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว จากการพูดคุย การแสดงออกทางสีหน้า แววตา ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

๒. ให้คำปรึกษาครอบครัวตามสภาพปัญหา เสริมสร้างความเข้มแข็ง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันพิจารณาเหตุของปัญหา ด้านสัมพันธภาพและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

๓. ให้ความรู้แก่ญาติในเรื่องบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวการยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย การวางแผนการออกไปใช้ชีวิตกับครอบครัว การสื่อสารในครอบครัวให้มีการสื่อสารทางบวก ชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมในทางที่ดี ไม่ตำหนิโดยไม่บอกเหตุผล

๔. นำครอบครัวและผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมการทำหน้าที่ของครอบครัว กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ และให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหารกับครอบครัว

๕. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรม Walk Rally ตามตารางกิจกรรมของหอผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น

๖. แนะนำให้ครอบครัวหาเวลามาเยี่ยม หรือโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

๗. ทำกิจกรรมเสริมสร้างพลังครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยอยู่ฟื้นฟูครบตามแผนการรักษา

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดี รับผิดชอบต่อแนวทางการปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ทราบถึงปัญหา ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วย
๒. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีพูดคุยกับมารดาทางโทรศัพท์ที่ดี (มารดาอยู่ต่างประเทศ) พูดคุยกับตายายด้วยท่าที่เป็นมิตรแสดงออกด้วยท่าที่ห่วงใยใส่ใจกัน
๓. ครอบครัวให้ความร่วมมือ มาร่วมกิจกรรมกลุ่มตามนัดหมายทุกครั้ง

ข้อวินิจฉัยที่ ๙ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้า เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการเสพยาบ้า ขาดทักษะในการดำเนินชีวิตและไม่มีเป้าหมายชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้ป่วยบอกว่า “สูบบุหรี่เวลาเครียด เวลาทะเลาะกับยาย สูบแล้วทำให้หายใจหยาบ”
- S: ผู้ป่วยบอกว่า “เพื่อนๆ แล้วยายเสพยาบ้ากันหลายคน”
- O: ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติด
- O: ผู้ป่วยอยู่กับตายาย ไม่ค่อยพูดคุยกัน เมื่อมีปัญหาจะเก็บไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใคร จะออกไปหาเพื่อนที่เสพยาเสพติด ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม
- O: ผู้ป่วยเคยบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เป็นระยะเวลา ๑ เดือน และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา เป็นระยะเวลา ๑ เดือน แต่ยังคงกลับไปเสพยา

วัตถุประสงค์

เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา

เกณฑ์การประเมิน

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงผลกระทบของการกลับไปเสพยาบ้าต่อตนเองและครอบครัวได้
๒. ผู้ป่วยบอกวิธีการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้า โดยใช้ทักษะในการดำเนินชีวิตได้
๓. ผู้ป่วยมีเป้าหมายและมีการวางแผนในการดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวหลังจำหน่าย

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษพิษภัยจากยาบ้าที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว
๒. ประเมินเป้าหมายในการเลิกยาเสพติด ความเชื่อเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด สถานการณ์ที่ส่งผลให้กลับไปเสพยาบ้า และแนวทางการป้องกันการเสพยา
๓. ให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โดยให้ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาบ้า จากนั้นให้ความรู้ถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในโทษพิษภัยจากยาบ้า
๔. จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะ เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาบ้า ได้แก่ ทักษะการสำรวจตนเอง การแก้ปัญหา การปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้น การตั้งเป้าหมาย การควบคุมอารมณ์ การเผชิญความเครียดและการจัดการกับความเครียด

๕. ส่งเสริมการหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อที่จะสนับสนุนในการเลิกยาเสพติด ได้แก่ ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและคนในครอบครัว เลิกยาเพื่อคนที่รักคือมารดา ตา ยาย
๖. ให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและวิธีแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม
๗. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและร่วมกิจกรรมวันครอบครัว
๘. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว
๙. ให้คำปรึกษาครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ
๑๐. แนะนำให้ผู้ป่วยวางแผนเป้าหมายในชีวิตร่วมกับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจนและเป็นไปได้มากที่สุด
๑๑. วางแผนติดตามการรักษาหลังจำหน่าย แนะนำแหล่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อต้องเผชิญปัญหาการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยอธิบายถึงผลกระทบของยาเสพติดที่มีต่อตนเองและครอบครัวได้ เช่น ทำให้เกิดอาการทางจิต อาจจะทำร้ายตายคนในครอบครัว อาจถูกจับดำเนินคดี ผู้ป่วยบอกแนวทางการจัดการกับตัวกระตุ้น การปฏิเสธ การเผชิญความเครียดและการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีการวางแผนการดำเนินชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยระยะแรกจะอยู่กับป่าที่กรุงเทพฯ เพื่อสะดวกในการมาติดตามการรักษา จากนั้นจะกลับไปอยู่ที่จังหวัดบุรีรัมย์ ไปทำงานกับลูกพี่ลูกน้องระหว่างรอมารดามารับไปอยู่ที่ต่างประเทศ

สรุปการรักษาที่ได้รับ

๑. การบำบัดด้วยยา

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษา Antipsychotics Drug, Antianxiety Drug และMood Stabilizer Drug พยาบาลจะต้องดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น ประเมินอาการถอนพิษยา สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ ให้เข้าใจยอมรับ และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมที่รุนแรง

๒. การบำบัดทางจิตสังคม

- ประเมินระดับแรงจูงใจ (Stage of Change) ในการเลิกยาเสพติด Stage of Change อยู่ระยะการลงมือปฏิบัติในการเลิกยาเสพติด (Action)
- ให้คำปรึกษารายบุคคล
- ทำกิจกรรมบำบัดตามกระบวนการรายบุคคล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด เช่น ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของสารเสพติด และการเกิดอาการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตเวชที่ทำให้เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ทักษะป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ และการเสริมพลังอำนาจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

วิเคราะห์กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่นซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมโดยเฉพาะครอบครัว พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ วางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ตีตรา เข้าใจพยาธิสภาพของโรค กลไกการออกฤทธิ์ของยาบ้าและปัญหาที่แท้จริง อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหายุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มาด้วยอาการ หงุดหงิด โวยวาย อาละวาด ทูบทำลายข้าวของปาข้าวของ ทูบกระจกหน้าต่างที่บ้าน ชูจะทำร้ายคนในบ้าน หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย พกมีดไว้กับตัว กลางคืนไม่นอนเดินไปมาทั้งคืน ๒ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ยอมรับการบำบัดรักษา ตามแผน ในระยะแรกผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวง ประสาทหลอนและหลงผิด ได้รับการรักษา โดยได้ Antipsychotics Drug, Antianxiety Drug และ Mood Stabilizer Drug พยาบาลจะต้องดูแลให้ยา ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรม ทำร้ายผู้อื่น ประเมินอาการถอนพิษยา สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ป้องกันการเกิด อุบัติเหตุ และให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ ให้เข้าใจ ยอมรับ และหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคิดและ พฤติกรรมที่รุนแรง ผู้ป่วยรายนี้อยู่บำบัดรักษาในระยะบำบัดยา รวม ๔๓ วัน จนกระทั่งอาการทางยาเสพติดและอาการทางจิตทุเลา สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ จึงย้ายไปศึกษาที่ศูนย์ผู้ป่วยจิตเวชและทีมสหวิชาชีพ ได้ร่วมกันวางแผนในการดูแล มีการประเมิน Stage of change อยู่ระยะการลงมือ ปฏิบัติในการเลิกยาเสพติด (Action) ให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม การเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการเลิกยาเสพติด รวมถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษา ให้กำลังใจ ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา การพามาติดตาม การรักษาต่อตามนัด ตลอดจนช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย กลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยได้ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาและเข้าร่วมกิจกรรมด้วยดี เช่น การเข้ากลุ่มประชุม เข้า กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และกลุ่มงานบำบัดเป็นต้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ อยู่บำบัด รักษาแบบผู้ป่วยใน รวมระยะเวลา ๗๘ วัน หลังจำหน่ายมีการมาติดตามการรักษา ๔ ครั้ง ผู้ป่วยและญาติขอ กลับไปติดตามการรักษาต่อที่ต่างจังหวัด ในระหว่างที่รอมารดามารับไปอยู่ต่างประเทศ มีเป้าหมายไปศึกษาต่อ และทำงาน ได้ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง เน้นย้ำผู้ป่วย และครอบครัวเรื่องการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการทาง จิตกำเริบ แนะนำญาติเกี่ยวกับช่องทางในการติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

๑. การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตเวชและมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมโดยเฉพาะครอบครัว พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ วางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะราย เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ตีตรา เข้าใจพยาธิสภาพของโรค กลไกการออกฤทธิ์ของยาบ้าและปัญหาที่แท้จริง อันส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหายุ่งยาก การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัด การประเมิน Stage of Change และการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผ่านกิจกรรมต่างๆ จึงมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้

๒. ผู้ป่วยรายนี้แม้ว่าจะสามารถปรับตัวและดูแลตัวเองได้ดีในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาล แต่มีโอกาสที่จะกลับไปเสพซ้ำได้อีก ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยรายนี้คือ ความเข้าใจของคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด การให้ความเอาใจใส่ เป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา เห็นอกเห็นใจ ไม่แสดงการตำหนิติเตียน การดูแลเรื่องการรับประทานยาตลอดจนการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด จะช่วยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้ ดังนั้นจึงควรมีการนัดติดตามการรักษาและประเมินผลเป็นระยะ ประเมินการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคและวางแผนร่วมกับครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วย

ด้านนโยบาย

๑. ควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด การให้คำปรึกษาผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ การบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมทั่วประเทศ

๒. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับบุคลากรทางการพยาบาลด้านยาเสพติด เพื่อเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). **แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด**. สมุทรสาคร: บริษัทบอร์นทูปับลิชชิ่ง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๕๖). **มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). **คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/๒๐๒๐๑๐๐๖๑๖๑๒๑๖๓๗๙๐.pdf>.
- นิตยา ตากวริยะนันท์. (๒๕๕๘). **การพยาบาลผู้ใช้ยาทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญศิริ จันศิริมงคล. (บรรณาธิการ). (๒๕๕๕). **แนวปฏิบัติการดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: ศิลักษณ์พรินติ้ง.
- พรศิริ พันธสี. (๒๕๕๗). **กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก**. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพฑูรย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล. (๒๕๕๖). **การทบทวนองค์ความรู้: การจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้เสพยาเสพติดระดับปฐมภูมิ**. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- วิมล ลักษณะภิกขช. (๒๕๖๓). **คู่มือบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด**. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ สุ่มใหญ่. (๒๕๕๖). **ยาบ้า มหันตภัยข้ามศตวรรษ**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: อีระการพิมพ์.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (๒๕๕๓). **สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. ศรีสะเกษ: พิมพ์ลักษณ์
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (๒๕๖๓). **เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยยาและสารเสพติด**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิกโกซิสเต็มส์จำกัด.
- สถาบันธัญญารักษ์. (๒๕๕๗). **คู่มือโปรแกรมการความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). **ชุดความรู้ อันตรายจากการใช้สารเสพติด** [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/62/harm02.pdf>.
- สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ. (๒๕๖๓). **คู่มือการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/63/CBT.pdf>.
- สุระพรรณ พนมฤทธิ์. (๒๕๔๓). **กระบวนการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง. สุรีย์ ธรรมิกบวร.
- อรนันท์ หาญยุทธ. (๒๕๖๕). **กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์

