

การพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด กรณีศึกษา: การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน

Case Management in Amphetamine Drug with severe psychiatric and risk of violent behavior with family and community)

กาญจนา วงศ์สุทธิรัตน์*

Kanchana Wongsuttirat

บทคัดย่อ

ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยโดยเฉพาะกลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดโลก นับเป็นปัญหาสำคัญที่ทำลายทรัพยากรมนุษย์ ที่เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการพัฒนาประเทศ เกิดเป็นปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และ คุณภาพชีวิตของประชากร เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลที่ตามมาคือเกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่อง และต้องการการดูแลที่ถูกต้อง และพบว่ากลุ่มผู้ติดและกลุ่มผู้ติดยาจะมีแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด

การจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบหรือแนวทางการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวคิดจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการดูแลทั้ง ๔ มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลร่วมกันทีมสหวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือก่อนรับไว้ดูแลรักษา จนถึงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพ ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบนี้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ มีการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมโดยการใช้แผนการดูแลที่กำหนด

แนวคิดการศึกษา การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน เป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนพยาบาลผู้จัดการรายกรณีควรกำหนดเป้าหมายของการพยาบาลที่ครอบคลุม เหมาะสม จึงจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติดและลดอาการทางจิตเวชลง รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัว ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับเกิดอาการทางจิตและความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วย ไม่เกิดการกำเริบของโรค ไม่กลับมาติดซ้ำและไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และเกิดประสิทธิผลการบำบัดรักษาสูงสุด

คำสำคัญ : การจัดการรายกรณี,ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน, การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี

Registered nurse (Professional level) Nursing Department ,Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment.

Abstract

Drug addiction in Thailand, especially methamphetamine, is spreading rapidly and widely. which is consistent with the world drug epidemic situation. It is a major problem that destroys human resources, which is a very important factor in national development. It has an impact on society and national security in the economic, social, political and quality of life of the population. The problem is that severe addiction results in chronic disease and health problems that require constant care. The main problem is that severe addictions are more likely to develop violent behavior. There is self-harm. and harm another person.

Case management model It is a guideline for organizing patient care services based on the concept of managed care. Highest quality and efficiency. Case management is the coordination of the health team in providing medical care that meets the health problems needs of patients and their families. That covers the physical, mental, emotional and social aspects to achieve targeted results in a specified period of time. There is a joint care plan of a multidisciplinary team. Case manager is coordinate care from the time of admission until the patient is discharged home or transferred to the health service unit. Results of case management model can in improved patient quality of life. Patients are satisfied with the quality they receive. Hospital resources are used optimally through the use of established care plans.

Case management studies patient amphetamine addicted are associated with psychiatric symptoms and violent behavior associated with family and community is complicated care. Case manager should set nursing goals that are comprehensive and appropriate. It can help patients stop using substances and reduce psychiatric symptoms. Results for patients there was no relapse and do not cause violence to yourself or others and achieve maximum treatment effectiveness .

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย พบปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของโลก ซึ่งพบว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มเมทแอมเฟตามีนหรือกลุ่มยาบ้ามีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกว้างขวางมากขึ้น จากการสำรวจประชากรของประเทศไทยในปี ๒๕๖๒ พบว่า ร้อยละ ๐.๗ ของประชากรอายุ ๑๒ - ๖๕ ปี ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดผลึกในปีที่ผ่านมา ขณะที่ร้อยละ ๑.๓ เคยใช้ยาเมทแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า รวมแล้วคิดเป็นจำนวนกว่าล้านคน ซึ่งมีการแพร่ระบาดเข้าไปในสังคมทุกชนชั้นทั่วประเทศ นับเป็นปัญหาสำคัญที่ทำลายทรัพยากรมนุษย์ ที่เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการพัฒนาประเทศ เกิดปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร ผลที่ตามมาคือเกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงเนื่องจากการติดยาและสารเสพติด เป็นการเจ็บป่วย

เรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลที่ถูกต้อง และยังพบว่าการใช้ยาเสพติดของผู้เข้าบำบัดรักษาที่กลุ่มผู้ติด และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (บุรฉัตร จันทร์แดง, ๒๕๖๐) ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ มีผู้เข้ารับการรักษาอาการจิตเวชจากยาเสพติดมากถึง ๔๗๔,๘๒๖ รายเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวจากปีก่อนหน้าและเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่มีเพียง ๒๖,๓๐๘ ราย โดยปัจจุบันมีสัดส่วนอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๑๘ จากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาอาการทางจิตเวชทั้งหมด นอกจากนี้พบว่าสัดส่วนผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดรายเก่ายังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๖, น.๒๑) และจากข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บนระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการเข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ ปี ๒๕๕๙ ถึงปี ๒๕๖๕ จำนวน ๒๗,๕๑๘ คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน ๑,๔๖๓ คน ๒,๗๘๓ คนและ ๓,๕๒๗ ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ ปัญหาที่สำคัญคือการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติต่างๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) และพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่นำกังวลคือ การใช้ยาเสพติดของผู้เข้าบำบัดรักษาที่กลุ่มผู้ติดและกลุ่มผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง(บุรฉัตร จันทร์แดง, ๒๕๖๐) และมีแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด (พันธุธนาภ กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, ๒๕๖๐)

การจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบหรือแนวทางการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวคิดจากการดูแลเชิงจัดการ (Managed care) ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มีการประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการดูแลทั้ง ๔ มิติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด โดยมีแผนการดูแลร่วมกันทีมสหวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานการดูแลในทีมสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับหรือก่อนรับไว้ดูแลรักษา จนถึงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพ ผลของการจัดการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบนี้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับ ผู้ให้บริการพึงพอใจในงาน มีการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมโดยการใช้แผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันกับการควบคุมการใช้ทรัพยากรลดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อนทำให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยและควบคุมค่าใช้จ่าย (กัญญาณัฐ บุญ-หลง, ๒๕๕๖)

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาในบทบาทพยาบาลประจำหอผู้ป่วยยาเสพติดจิตเวช จึงมีความสนใจในการศึกษา การพยาบาลผู้ติดยา และสารเสพติด กรณีศึกษา : การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยใช้แผนการดูแล (Critical paths Way) เป็นแนวทางการดำเนินกิจกรรม มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นแนวการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตที่รุนแรง โดยกำหนดแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเกิดประสิทธิผลสูงสุด และเป็นแนวการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชนโดยใช้แนวคิด “การจัดการรายกรณี”

ระยะเวลาที่ศึกษา เดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม ๒๕๖๖

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนกระบวนการแนวคิดการดำเนินงานการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี วัตถุประสงค์ หลักการ ระบบ และการจัดการ รูปแบบการจัดการรายกรณี
๒. เลือกผู้ป่วยที่มีประเด็นความยุ่งยาก ซับซ้อนของปัญหา เพื่อจัดทำการศึกษา ๑ ราย คือ ผู้ป่วยเสฟติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน
๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้สารเสฟติด สาเหตุของการใช้ยาและสารเสฟติด ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์
๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา และเอกสารทางวิชาการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง
๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และวางแผนการดูแลตามแนวคิดการจัดการรายกรณี ภายใต้การทำงานเป็นทีมของสหสาขาและร่วมกันกำหนดแผนการดูแล โดยนำครอบครัวและผู้แทนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา แนวทางการดูแลและการดูแลต่อเนื่อง
๖. การดำเนินตามแผนที่กำหนดไว้ โดยผู้ศึกษาสวมบทบาทเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ทำหน้าที่กำกับดูแลให้บุคลากรในทีมปฏิบัติตามกิจกรรมตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในแผนการดูแล
๗. สรุปผล กรณีศึกษา การจัดการรายกรณี การดูแลผู้ป่วยเสฟติดแอมเฟตามีน ที่มีอาการร่วมทางจิตเวช และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน
๘. เผยแพร่ความรู้จากการทำกรณีศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น ๓ ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ ๑) แบบประเมินภาวะสุขภาพ ๒) แบบบันทึกทางการแพทย์ และการประเมินผลการพยาบาล ๓) แบบบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ ๒ แผนการดูแล (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือของพยาบาลผู้จัดการ ที่จะดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลประกอบด้วย การระบุปัญหา การวางแผนให้การดูแลและการดำเนินตามแผน การคาดการณ์ในผลลัพธ์และองค์ประกอบอื่น ๆ ภายใต้ความร่วมมือในการปฏิบัติการโดยพยาบาลและแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัว และเครือข่าย ชุมชน ซึ่งจะระบุระยะเวลา เป้าหมาย และผลลัพธ์ การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายการดูแลไว้ ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น ระยะกลางและระยะการดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาโดยใช้แนวคิด “การจัดการรายกรณี” ในผู้ป่วยเสฟติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน ๑ คน คัดเลือกการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง เข้าสู่ระบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้ศึกษารับบทบาทเป็นผู้จัดการรายกรณีศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม ๒๕๖๖ รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา การศึกษาในกรณีศึกษาครั้งนี้ ขอนำเสนอผลการศึกษาแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน คือ ประวัติกรณีศึกษา และการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนพยาบาลกรณีศึกษาตามแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) และการสรุปผลและวิเคราะห์รายงานกรณีศึกษาโดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ประวัติการศึกษาและการประเมินภาวะสุขภาพ

๑.๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วย ชายไทย อายุ ๕๑ ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ โสด
ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ ๓

อาชีพ ว่างงาน บทบาทในครอบครัว สมาชิก

ภูมิลำเนา อำเภอหนองม่วง จังหวัด ลพบุรี ๑๕๑๗๐

รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖

สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ (สิทธิ ๓๐ บาท)

การวินิจฉัยโรค - Amphetamine Dependence with induced psychosis

แหล่งที่มาของข้อมูล ตัวผู้ป่วย/ครอบครัว แพ้ประวัติของผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

อาการสำคัญ (Chief Complaint) มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ถือมิด ทุบรถเดินไปมา พูดคนเดียว ๑ สัปดาห์
ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness)

๒๐ ปีก่อนมาโรงพยาบาล เคยถูกจับ ด้วยอาการหงุดหงิดก้าวร้าวทะเลาะกับบิดา ทำร้ายบิดาเสียชีวิตจำคุก
๒๙ วันเนื่องจากมีอาการทางจิตเวช เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลหนองม่วง

๑๐ ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการโวยวายก้าวร้าว อาละวาด ทำร้ายพี่ชายเสียชีวิต ญาติพาไปรักษาที่
โรงพยาบาลศรีธัญญา Admit. ๒ เดือน หลังจำหน่ายมารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหนองม่วง

๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ถือมิด เดินไปมา เป็นอันตรายต่อชุมชน ทุบรถญาติ
ก้าวร้าวมาก พูดคนเดียว Admit.โรงพยาบาลพระนารายณ์ ๕ วัน (๑๑ - ๑๕พ.ค.๖๖) ๑๑ พ.ค. ๒๕๖๖ ได้รับยา
Haloperidol decanoate ๕๐ mg IM

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖ อาการหงุดหงิด ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย อาละวาด พูดคนเดียว ญาติแจ้งตำรวจ
นำส่งโรงพยาบาลหนองม่วง

อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว เสียงดัง ตาขวาง อยู่ไม่นิ่ง พูดเพ้อเจ้อ ไม่ให้ความ
ร่วมมือในการรักษา ชูจะทำร้ายเจ้าหน้าที่ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ Poor insight ได้รับยาฉีดHaloperidol ๕ mg IM,
Valium ๑๐ mg IV at ๑๕.๑๕ น.

ประเมินเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยเสพติดต่อการฆ่าตัวตาย การเกิดอุบัติเหตุ การมีพฤติกรรม

รุนแรง การหลบหนี (VESA) แกร็บ Violent = ๕๔ คะแนน, Escape = ๖ คะแนน, Suicide = ๐ คะแนน,
Accident = ๒๐ คะแนน อยู่ในระดับ ๓ แปลผลว่าอยู่ในระดับ เสี่ยงมาก

ประเมิน BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) แกร็บ ๖๙ คะแนน แปลผลว่า มีอาการทางจิตรุนแรงต้อง
ดูแลแบบผู้ป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history) ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางกาย ปฏิเสธการได้รับ
อุบัติเหตุทางสมอง/การผ่าตัด เคยรักษาอาการทางจิต ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา Admit. ๒ เดือน
เมื่อ ๑๐ ปีที่ผ่านมา

โรคประจำตัว และการรักษาที่ได้รับ สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยาและสารอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมีต่างๆ

ประวัติการใช้ยา และสารเสพติด ผู้ป่วยเริ่มใช้ยาตอนอายุ ๑๘ ปี โดยเริ่มใช้ยาบ้า (ผู้ป่วยใช้ตามเพื่อนชวน) ครั้ง
ละ ๑ - ๒ เม็ด นาน ๆ ครั้ง ปัจจุบันใช้ยาบ้าครั้งละ ๘ - ๑๐ เม็ด สัปดาห์ละ ๕ วัน ใช้ครั้งสุดท้าย ๑๘ พฤษภาคม

๒๕๖๖ จำนวน ๘ เม็ด ตีเมเปียร์นาน ๆ ทีตีเม ๑ - ๒ ขวด/ครั้ง สูบบุหรี่ ตั้งแต่อายุ ๑๘ ปี เป็นระยะเวลา ๓๓ ปี สูบวันละ ๒๐ มวน ใช้ครั้งสุดท้าย ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๒ มวน

ประวัติการบำบัดรักษาเยาเสพติด ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เข้ารับการรักษาระเบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

ประวัติการต้องคดี ไม่เคยต้องคดีเสพยาเสพติด เคยต้องคดีทำร่างกาย ๒ ครั้ง ช่วงอายุ ๓๐ และ ๔๐ ปี ถูกจับจำคุกดำเนินคดี ปัจจุบันคดีสิ้นสุดแล้ว

ประวัติส่วนตัว ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ ๒ อาศัยอยู่กับมารดาสองคน บิดาเสียชีวิต ๒๐ ปี ก่อนและพี่ชายเสียชีวิต ๑๐ ปีก่อน มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเรียนจบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ ก่อนเสพยาผู้ป่วยมีนิสัยใจร้อน อารมณ์ร้อน โมโหร้าย เริ่มใช้ยาเสพติดยาบ้าตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี จากการชักชวนของกลุ่มเพื่อนๆ ในหมู่บ้าน

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยเป็นบุตรชายคนที่ ๒ ซึ่งบิดา และพี่ชายเสียชีวิต อาศัยอยู่กับมารดา ๒ คน มารดา อายุ ๗๒ ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีเพียงเงินผู้สูงอายุ มารดาผู้ป่วยมีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง และเคยเจาะปอด บุคลิกภาพ ปากร้าย ชอบบ่น ใจดี ตามใจ ตักเตือนสั่งสอนผู้ป่วย ไม่เคยลงโทษตีผู้ป่วย ชอบบ่นเรื่องผู้ป่วยคบเพื่อนบ่อยจนผู้ป่วยรำคาญ ไม่มีประวัติดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

แรกรับ	อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส, ชีพจร = ๙๐ ครั้ง/นาที, หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที BP = ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท น้ำหนัก ๕๕ kgs ส่วนสูง ๑๗๙ cms. BMI = ๑๗.๑๘ Kg/m ^๒
ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน สีผิวดำแดง ไม่มีความพิการใด ๆ เดินได้เอง
ผิวหนัง	ปกติไม่แห้งแตก ไม่มีจุดจ้ำเลือด และจุดเลือดออก ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ
ศีรษะ ใบหน้า	ศีรษะกับใบหน้าสมมาตรกันดี ไม่มีก้อนบวมูนูน รูปร่างปกติ
ตา	การมองเห็นทั้งสองข้าง ปกติ ขนตาจัดเรียงเป็นระเบียบ หนังตาไม่ตก ตาขาวไม่เหลือง ไม่มีน้ำตา เปลือกตาบน - ล่างมีสีชมพู การเคลื่อนไหวลูกตากับกตติทั้ง ๒ ข้าง ต่อมน้ำตาปกติ
ช่องปากและคอ	ช่องปากไม่ค่อยสะอาด ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในปาก เหงือกไม่ บวม ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีฟันผุ มีหินปูนเกาะตามฟัน ไม่พบความผิดปกติที่คอต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอไม่โต ไม่มีก้อน ผิดปกติ
แขนขา	ลักษณะภายนอกของแขนและขาไม่ผิดรูป ไม่มีอาการเกร็ง ทำหน้าที่ได้ปกติเคลื่อนไหวข้อได้ทุกข้อ ไม่ อักเสบ ปวด บวม แดงร้อน ระบบกล้ามเนื้อแข็งแรง การเคลื่อนไหวปกติ
ทรวงอก	ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ
หัวใจและหลอดเลือด	ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก นอนราบได้ปกติ ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ เวลาหายใจเข้าออก หน้าอกเคลื่อนไหว เท่ากันทั้งสองข้าง การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ
หน้าท้องและทางเดินอาหาร	รูปร่างท้องไม่โต ผิวหนังปกติไม่มีรอยแผล ไม่มีก้อน ไม่มีรอยผ่าตัด ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ๔ - ๖ ครั้ง/นาที
Cerebellar sign	Finger-to-nose test ไม่พบความผิดปกติ, ไม่มีประวัติการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ
การเดิน	การทรงตัวปกติ สามารถเดินได้เอง แต่มีเดินเซต้องมีคนช่วยพยุง

๑.๓ การตรวจสภาพจิต

ลักษณะโดยทั่วไป (General appearance)	ผู้ป่วยชายไทยวัยกลางคนอายุ ๕๑ ปี รูปร่างผอม ผิวดำแดง หน้าตาดูสมวัย แต่งกายชุดโรงพยาบาล ไม่มีความพิการใดๆ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวปกติ ลักษณะการเดินปกติ ทรงตัวได้ ท่าทางไม่เป็นมิตร แกรับไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา
การพูด (Speech)	พูดคุยถาม-ตอบไม่ค่อยตรงคำถาม มีมึนงง สับสน มีพูดเรื่อยเปื่อย และลักษณะการพูด พูดเร็วไปถึงซ้ำ พูดคุยถามตอบซ้ำ คิดซ้ำบางครั้ง พูดจาไม่ปะติดปะต่อ
อารมณ์ (Mood and Affect)	Mood: Irritable mood, Affect: มีความสอดคล้องกับอารมณ์, แสดงออกทางสีหน้าวิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ แกรับเข้านอนโรงพยาบาล สีหน้าไม่ค่อยเป็นมิตร มีหวาดระแวง กลัวเพื่อนจะมาทำร้าย ตาขวาง แกรับไว้ในกรดูแล มีสีหน้าไม่ค่อยเป็นมิตร ยังมีตาขวาง มีอาการหวาดระแวง มีท่าทางหงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลง
ความคิด (Thought)	กระแสความคิด (Stream of thought) ผู้ป่วยพูดคุยมีความต่อเนื่อง ตอบคำถามได้ตรงคำถาม การพูดบางครั้งวอกวน แต่เนื้อหาการพูดยังอยู่ในประเด็นที่สนทนา เนื้อหาความคิด (Content of thought) หลงผิดคิดว่ามีคนมาคุยด้วย
การรับรู้สิ่งเร้า (Perception)	มีเสียงหูแว่วเป็นเสียงคนมาคุยด้วยตลอดเวลา (Auditory Hallucination), มีภาพหลอนเห็นคน (Visual Hallucination) ปฏิเสธการรับรสผิดปกติ ปฏิเสธการรับกลิ่นผิดปกติ และปฏิเสธการสัมผัสผิดปกติ
การรับรู้ตัวเองและสิ่งแวดล้อม (cognitive function)	รับรู้ Time, Place, Person ถูกต้อง
ความจำ (Memory)	Remote memory : ไม่สามารถประเมินได้ มีอารมณ์หงุดหงิด, Recent memory : good remote memory : ไม่รวมมือ
ความตั้งใจและสมาธิ (Attention and concentration)	ในระยะแรกยังไม่สามารถประเมินได้ เมื่ออาการดีขึ้นพบว่า ผู้ป่วยมีสมาธิในระดับปกติ สามารถหลบเลขในใจได้

เชาวน์ ปัญญาและความรอบรู้ (Intelligence and General Knowledge)	การทดสอบเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้เลขครึ่งละ ๕ จาก ๑๐๐ ผู้ป่วยสามารถลบได้ ให้เลขลงครึ่งละ ๔ จาก ๕๐ ผู้ป่วยสามารถลบได้ถูกต้อง
การตัดสินใจ (Judgment)	ไม่สามารถประเมินได้
การรู้จักตนเอง (Insight)	Poor insight

๑.๔ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเลือดปกติ, Chest X-ray Normal , ตรวจพบสาร Amphetamine ในปัสสาวะ

การวินิจฉัยโรค Amphetamine Dependence with induced psychosis (ICD-๑๐ code F๑๕.๕๖, F๑๕.๕๒)

๒. การพยาบาลผู้เข้ายาและสารเสพติด กรณีศึกษา: การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีน ที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัวและชุมชน

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี เป็นลักษณะการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการเป็นสำคัญ โดยที่พยาบาลแต่ละคนมีหน้าที่ประสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ลักษณะเด่นของระบบการพยาบาลในแบบนี้คือมีการกำหนดเวลาที่จะให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Time Frame) ผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแลเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) และมีการปฏิบัติการร่วมกันเป็นกลุ่มทั้งในระดับหน่วยหรือระดับแผนก และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมาย และประเมินผลด้วยกัน ผู้จัดการจะสวมบทบาทผู้แทนผู้ป่วย ผู้แก้ปัญหา ผู้ตัดสินใจ และอื่น ๆ ที่จะพิทักษ์สิทธิความปลอดภัย และผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ในการเน้นการดูแลให้มีมาตรฐานคุณภาพ ให้การนิเทศการดูแลที่พยาบาลรับผิดชอบปฏิบัติ ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยทั้งหมดในความรับผิดชอบ วางแผน ประสานงานและประเมินผลงาน

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีมีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีประวัติการใช้แอมเฟตามีนในปริมาณมากและใช้ต่อเนื่องยาวนาน ไม่สามารถควบคุมการเสพยาได้ จนทำให้เกิดภาวะโรคร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง ดังนั้น กระบวนการการดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณียุ่งยากซับซ้อนต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดการจัดการรายกรณี เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยร่วมกันวางแผนการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติดและลดอาการทางจิตเวชลงได้ และบทบาทที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งของผู้จัดการรายกรณีสำหรับกลุ่มผู้ป่วยรายนี้คือ ต้องพยายามเชื่อมโยงให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัว และชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านการก่อพฤติกรรมที่รุนแรง นำมาสู่ปัญหาการอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ความจำเป็นอย่างยั้งที่จำเป็นต้องมีการบูรณาการการดูแลให้ครอบคลุม ทั้งการดูแลเพื่อให้รับประทายยาและการป้องกันไม่ให้ผู้ติดยาเสพติดได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่กลับมาเสพติดซ้ำ การเฝ้าระวังไม่ให้ก่อเหตุรุนแรงซ้ำ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ผู้บำบัดและผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ พร้อมทั้งจะเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับดูแลให้โอกาสในการปรับเปลี่ยนตัวเอง ไม่สร้างปัญหาซ้ำ เสริมสร้างปัจจัยปกป้องให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความเข้มแข็งช่วยให้กลับมามีศักยภาพในการดำเนินชีวิต

เป้าหมายของการพยาบาลตามแนวคิดการจัดการรายกรณี คือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติดและลดอาการทางจิตเวชลง รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่อเนื่อง การเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายที่อาจก่อเหตุรุนแรงซ้ำ การจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์ จำเป็นต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องและจัดการอย่างเป็นระบบ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้ผู้บำบัดซึ่งเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้มีวิธีการดำเนินการในการดูแลกรณีศึกษา ดังต่อไปนี้

ตารางแสดง ขั้นตอนการจัดการรายกรณี : ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร่วมกับครอบครัว และชุมชน

ขั้นตอน	วิธีการดำเนินการ
การค้นหา และคัดกรองผู้ป่วย	ผู้ศึกษาได้ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย กรณีศึกษาที่เลือกเมื่อวิเคราะห์จากประวัติและปัญหาของผู้ป่วย กรณีศึกษาพบว่า กรณีศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากในการบำบัดรักษา เนื่องจากเสพยาเสพติดจนมีอาการร่วมทางจิตเวชร่วมกับการก่อพฤติกรรมที่รุนแรง จนส่งผลภาวะสุขภาพ ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และเกิดเป็นปัญหาต่อครอบครัว และชุมชน มีข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุน และช่วยเหลือทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยประวัติทำร้ายบิดาและพี่ชายจนเสียชีวิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและสิ่งสำคัญคือ ปัญหาการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากชุมชนไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเดิม โดยกลัวว่าผู้ป่วยจะไป

ขั้นตอน	วิธีการดำเนินการ
	สร้างปัญหาให้คนในชุมชน ทั้งจากพฤติกรรมที่มักจะเอะอะ ก้าวร้าว อาละวาด และทำร้ายคนในชุมชน
การประเมินผู้ป่วย	ผู้ศึกษาได้ศึกษากรณีศึกษา จากประวัติเวชระเบียน การซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อประเมินรอบด้านพบว่า ผู้ป่วยพบปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบองค์รวม จึงได้นัดหมายสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์รวมทั้งครอบครัว เข้ามาร่วมประเมินปัญหา ซึ่งผลการประเมินปัญหาจากทีมสามารถรวบรวมและนำมากำหนดวินิจฉัยปัญหาความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว
การระบุปัญหา	ผู้ศึกษา ได้มีประชุมทีมสหสาขา เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันระบุปัญหาอย่างครอบคลุมทั้งในระยะแรกเริ่ม - ๗ วันแรกซึ่งเป็นระยะวิกฤตจากอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาและสารเสพติด ระยะกลาง สัปดาห์ที่ ๒ - ๔ ซึ่งเป็นจึงการดูแลในอาการทางจิตเริ่มสงบ ระยะก่อนจำหน่ายเริ่มมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาร่วมกับทีมสหสาขา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นระยะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มทักษะและความเข้มแข็งด้านจิตใจ
การวางแผนให้การดูแล	วางแผนการดูแลโดย ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ทีมแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งจะร่วมกันกำหนดแผนการดูแล เชื่อมโยงระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และชุมชน รวมทั้งแหล่งบริการช่วยเหลือทางสุขภาพและอื่น
การดำเนินตามแผน	ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามแผนที่จัดทำไว้ ภายใต้ความร่วมมือของสหสาขา ผู้ศึกษาในบทบาทผู้จัดการรายกรณีได้จัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้ได้รับความรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันในการที่จะร่วมกันช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย
การติดตามประเมินผล	ได้รับการติดตามผลการบำบัดโดยการนัดหมายให้มาตรวจและพบทีมบำบัดที่โรงพยาบาลตามกำหนดระยะเวลา ซึ่งผลการบำบัดพบว่าผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำ และยังรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวทางที่ทีมบำบัดได้วางไว้

ตารางแสดง เป้าหมายการพยาบาล ตามแนวคิดการจัดการรายกรณี(Clinical pathway)

เป้าหมายระยะสั้น ระยะเฉียบพลันรุนแรง	เป้าหมายระยะกลาง ระยะอาการเฉียบพลัน - ต่อเนื่อง	เป้าหมายระยะดูแลต่อเนื่อง การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
<p>๑. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิตและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการรุนแรงจากทางยาเสพติด(ภาวะ Intoxication ในระยะรุนแรง)</p> <p>๓. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาทางจิตเวช กลุ่ม High Alert Drugs ที่ใช้บำบัดใน ระยะรุนแรงเฉียบพลัน/เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่ใช้ในการรักษา</p> <p>๔. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัดหากไม่สามารถจัดการอาการ อารมณ์ และพฤติกรรมรุนแรงได้ และจำเป็นต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมการผูกมัด</p> <p>๕. เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ปกติ (ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง ๑๘.๕ - ๒๒.๙ kg/m^๒)</p>	<p>ระยะนี้ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ เริ่มสามารถควบคุมอาการทางจิต ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้</p> <p>๑. เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ การพักผ่อน ภาวะสุขอนามัยของร่างกาย</p> <p>๒. เพื่อให้ไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช</p> <p>๓. ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบขั้นตอนการบำบัด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p>	<p>๑. ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองที่ดีขึ้น</p> <p>๒. ผู้ป่วยสามารถจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม</p> <p>๓. ผู้ป่วยสื่อสารกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสมมีความเข้าใจกันมากขึ้น</p> <p>๔. ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่อเนื่อง การเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายที่อาจก่อเหตุรุนแรงซ้ำ การจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์</p> <p>๕. ผู้ป่วยมีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบำบัดของครอบครัว/ เพื่อ ส่งเสริมการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>

เป้าหมายระยะสั้น ระยะเฉียบพลันรุนแรง	เป้าหมายระยะกลาง ระยะอาการเฉียบพลัน - ต่อเนื่อง	เป้าหมายระยะดูแลต่อเนื่อง การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
๖. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้	ๆ ดังในรายการนี้ศึกษาได้รับความร่วมมือจากครอบครัว หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่ ได้มาร่วมวางแผนการดูแลในระยะต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ และจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management Plan)	

๑. การดูแลระยะ เฉียบพลันรุนแรง (แรกรับ - ๗วันแรก)

ในระยะแรกรับ ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด อาการก้าวร้าว ประสาทหลอน หวาดระแวง กลัวคนจะทำร้ายหูแว่ว อารมณ์แสดงออกเหมาะสม อาจมีการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ บางรายอาจมีอาการตีงเครียด วิดกกังวล ตื่นตระหนกเฉียบพลัน พุดมาก พุดเพื่อเจ้า หงุดหงิดง่าย ไวต่อสิ่งกระตุ้น กระสับกระส่าย มีภาวะจิตใจไม่สงบ มุ่งร้าย สับสน ประสาทหลอน หรือมีอาการโรคจิต เพื่อ บางรายมีหูแว่วร่วมด้วย นอกจากนี้มักพบว่ามีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอาจมีการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการด้าน Positive symptom อารมณ์ การรับรู้/พฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) เช่น haloperidolหรือ diazepam (valium) เพื่อลดอาการทางจิตที่รุนแรงและให้ผู้ป่วยสงบ ร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด ดังนั้น เป้าหมายเร่งด่วนของการวางแผนพยาบาลระยะนี้ คือการลดความรุนแรงของอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ร่วมกับการป้องกันความรุนแรงของอาการทางจิตเวช อาการเมาและอาการขาดสารเสพติด และการป้องกันอันตรายจากการได้รับยาที่ใช้ในการบำบัด ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและไม่เกิดความเสียหายหากต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด โดยเป้าหมายที่สำคัญในระยะนี้รายการนี้ศึกษา ได้แก่

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิตและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการรุนแรงจากทางยาเสพติด (ภาวะ Intoxication)
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาทางจิตเวช กลุ่ม High Alert Drugs ที่ใช้บำบัดในระยะรุนแรงเฉียบพลัน/เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่ใช้ในการรักษา
๔. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัดหากไม่สามารถจัดการอาการ อารมณ์ และพฤติกรรมรุนแรงได้ และจำเป็นต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมการผูกมัด
๕. เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ปกติ (ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง ๑๘.๕ - ๒๒.๙ kg/m^๒)
๖. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้

การประเมินผลระยะเฉียบพลันรุนแรง (แรกรับ - ๗วันแรก)

ผลลัพธ์ระยะนี้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดระยะบำบัดด้วยยาหรือระยะถอนพิษยา เพื่อรักษาอาการถอนยา (withdrawal symptom) และเพื่อให้อาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดดีขึ้น มีการรับรู้ที่เป็นปกติ ไม่มี ความเสี่ยงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ในระยะสัปดาห์แรกพบว่า ผู้ป่วยยังมีเสียงหูแว่วเป็นเสียงคนมาคุย และตำท้อผู้ป่วยเป็นช่วง ๆ มีอาการอะอะก้าวร้าวลดลง สีหน้ายังไม่เป็นมิตร พุดคุย ถามตอบยังไม่ตรงคำถาม การพูดยังไม่สับสน และได้รับการผูกมัดด้านอาการทางจิตชนิดผิด ร่วมกับการผูกมัดเป็นช่วง ๆ ยังต้องอยู่ห้องแยก จำกัดพฤติกรรมและยังไม่สามารถออกมาเข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ภายในหอผู้ป่วยได้ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการ

ข้างเคียงของยาและไม่ปรากฏอาการ EPS ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดผลข้างเคียงจากการถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดและไม่เกิดอุบัติเหตุ ในสัปดาห์ที่ ๒ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารในห้องอาหารร่วมกับผู้ป่วยอื่นได้ สวดมนต์ร่วมกับเพื่อนในเรือนนอนน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ๑ กิโลกรัม สามารถนอนหลับพักผ่อนได้คืนละ ๖-๘ ชั่วโมง

๒. การดูแลระยะกลาง ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง(สัปดาห์ที่ ๒-๔)

ระยะนี้ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ เริ่มสามารถควบคุมอาการทางจิต ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ การพยาบาลระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญแต่มีความเร่งด่วนรองลงมา และต้องการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การพักผ่อน ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนมักมีปัญหาด้านสุขอนามัยของร่างกายและสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้ที่ใช้สารเสพติดมักไม่สนใจดูแลตัวเอง และจากฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีนที่ทำให้การหลั่งน้ำลายลดลง อาจกระทบความสามารถในการดูแลตนเอง เป้าหมายการพยาบาล เน้นการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การพักผ่อนที่เพียงพอ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีของร่างกาย และช่องปาก การได้รับสารอาหารที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย เป็นช่วงเวลาของการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ พร้อมกำหนดระยะเวลาการช่วยเหลือและแจ้งผลการรักษาต่อผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจสารเสพติดร่วมกับการต้องพึ่งพาสารเสพติดต่างๆร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยเป้าหมายของการพยาบาลในระยะนี้คือ

๑. เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ การพักผ่อน ภาวะสุขอนามัยของร่างกาย

๒. เพื่อให้ไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช

๓. ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบขั้นตอนการบำบัด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การประเมินผลระยะกลาง ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ ๒-๔)

ระยะนี้ผู้ป่วยอาการทางจิตส่วนใหญ่ดีขึ้นตามลำดับ อาการหูแว่วลดลง สามารถควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น สงบมากขึ้น ไม่ฉุนฉวย ไม่พบอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ก้าวร้าว สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ในช่วงกลางคืน และนอนกลางวันประมาณ ๒-๓ ชั่วโมง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาจิตเวชสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกระตุ้น เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มภายในหอผู้ป่วยได้ และย้ายออกมาอนพักในห้องผู้ป่วยรวม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ๗ kg

ผลลัพธ์ระยะนี้มีการประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อติดตามญาติและภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมรับทราบปัญหาและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยผู้บำบัดได้ประสานสหสาขาให้เข้ามาร่วมวางแผนการดูแลตามขั้นตอน พร้อมทั้งนัดหมายในการพูดคุยเพื่อร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหา ผ่านระบบZoom Meeting ในวันพุธที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๑.๓๐ น. เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์จึงรับที่จะไปดำเนินการต่อในการนัดหมายครั้งต่อไป

๓. ระยะดูแลต่อเนื่อง การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (สัปดาห์ที่ ๕-จำหน่าย)

ในรายกรณีศึกษารายนี้ เมื่อวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและชุมชน ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ติดยาเสพติดและโรคทางจิตเวช รวมทั้งตัวผู้ป่วยยังมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ เป้าหมายการดูแลระยะนี้ จึงเน้นการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองจากภาวะโรคร่วม ความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะโรคร่วมให้มากเพียงพอที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและรับประทุกันยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และการ

ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

๑. ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองและมีทัศนคติต่อตนเองที่ดีขึ้น
๒. ผู้ป่วยสามารถจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
๓. ผู้ป่วยสื่อสารกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสมมีความเข้าใจกันมากขึ้น
๔. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการดูแลตนเอง สามารถรักษาตนเองจากภาวะโรคร่วมได้อย่างต่อเนื่อง/ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้
๕. ผู้ป่วยมีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบำบัดของครอบครัว/เพื่อ ส่งเสริมการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลระยะการดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (สัปดาห์ที่ ๕-จำหน่าย)

ในรายกรณีศึกษาเรื่องนี้ เมื่อวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการจัดการอารมณ์และความเครียด ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและชุมชน ครอบครัวและชุมชนไม่ไว้วางใจหวาดกลัวผู้ป่วยไม่ยอมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในพื้นที่ ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ติดยาเสพติดและโรคทางจิตเวช รวมทั้งตัวผู้ป่วยยังมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ในทางลบ เป้าหมายการดูแลระยะนี้ จึงเน้นการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การดูแลในระยะนี้มีการส่งต่อผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาไปฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน ร่วมกับสหวิชาชีพ สร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้ยา ให้คำปรึกษา การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ประสานหน่วยงาน โรงพยาบาล ชุมชน ผู้นำชุมชน ภาครัฐเครือข่าย เพื่อการส่งต่อเฝ้าระวังให้การช่วยเหลือร่วมดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุดทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน รวมผู้ป่วยอยู่รักษาระยะบำบัดด้วยยาจนกระทั่งจำหน่ายส่งติดตามระยะนี้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ๓.๔ kg รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ๖๐ วัน (จำหน่าย ๑๘ ก.ค. ๒๕๖๖)

การติดตามและประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานกับนักสังคมสงเคราะห์ ให้เป็นผู้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวังม่วงเพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องและแผนการบำบัดรักษา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การนัดหมายให้ผู้ป่วยมาตรวจและพบทีมบำบัดที่โรงพยาบาลวังม่วงตามกำหนดระยะเวลา ซึ่งผลการบำบัดพบว่าผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำ และยังรับประทานยาด้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแนวทางที่ทีมบำบัดได้วางไว้

3. สรุปผลและวิเคราะห์รายงานกรณีศึกษา

กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยชายไทย ที่มีประวัติการเสพติดแอมเฟตามีน จนมีอาการร่วมทางจิตเวชร่วมกับการก่อพฤติกรรมที่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยประวัติทำร้ายบิดาและพี่ชายจนเสียชีวิต จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และเกิดเป็นปัญหาต่อครอบครัว และชุมชน มีข้อจำกัดในการใช้แหล่งสนับสนุน และช่วยเหลือทางสังคม และสิ่งสำคัญคือปัญหาการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากครอบครัว ชุมชนไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเดิม

โดยกล่าวว่าผู้ป่วยจะไปสร้างปัญหาให้คนในชุมชน ทั้งจากพฤติกรรมที่มักจะเอะอะ ก้าวร้าว อาละวาด และทำร้ายคนในชุมชน

กรณีศึกษาได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี (Case Management) ตามขั้นตอน และจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ไว้ ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลันรุนแรง, ระยะกลาง อาการเฉียบพลัน – ต่อเนื่อง และระยะดูแลต่อเนื่องก่อนจำหน่าย และกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการดูแลไว้ตามระยะเวลาที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสหสาขา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทั้งระยะถาวรพิเศษและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยมีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และได้นำครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน โดยกำหนดให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยวิเคราะห์ปัญหาและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยได้มีโอกาสในการเลิกยาเสพติดและไม่ก่อพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ

เมื่อสิ้นสุดการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี ภายหลังจากการจำหน่ายได้มีการติดตามกรณีศึกษาโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประสานกับ นักสังคมสงเคราะห์ ให้เป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วยในการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ มีการรายงาน/ส่งต่อการติดตามกรณีศึกษาทาง Group LINE เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าไปตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดทุกสัปดาห์ไม่พบสารเสพติด มีการประสานการรับยาจิตเวชให้ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชอย่างต่อเนื่อง การติดตามการรักษาทางโทรศัพท์โดยผู้ป่วยบอกว่าตนเองกลับบ้านอยู่กับมารดาสองคน ไม่เสพยาเสพติด สุขภาพแข็งแรงดี รับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่งโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ่อทองจะเข้าไปดูแลการรับประทานยาทุกวัน ช่วยเหลือมารดาทำงานบ้านทั่วไป และพยายามหางานรับจ้างทั่วไปเพื่อสร้างรายได้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตแบ่งเบาภาระมารดา ปัจจุบันช่วยแม่ขายผักและขายกับข้าวในตลาดใกล้บ้านมีรายได้พอเลี้ยงชีพและสัญญาว่าจะไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ผู้บำบัดได้กล่าวชื่นชมความตั้งใจและความมุ่งมั่นในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตโดยไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดและแจ้งการสิ้นสุดกระบวนการดูแลของผู้จัดการรายกรณี และส่งมอบให้หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ดูแลต่อตามระบบกระบวนการติดตามของโรงพยาบาลต่อไป

ตารางแสดง ปัญหาและอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขโดยใช้การจัดการรายกรณี

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
๑. ผู้ป่วยมีปัญหาที่มีความซับซ้อน	๑. วางแผนให้การดูแลต่อเนื่อง จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยการบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชน
๒. สหวิชาชีพยังไม่เข้าใจแนวทางการแก้ไขโดยใช้การจัดการรายกรณี	๒. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจัดประชุมทีมดูแลเพื่อชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการดูแลผู้ป่วย และวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
๓. ครอบครัว ขาดการติดต่อไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก	๓. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ประสานของความร่วมมือจากนักสังคมสงเคราะห์ให้ช่วยติดต่อครอบครัวผ่านผู้นำชุมชน
๔. ครอบครัวและชุมชนปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย ไม่ยอมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในพื้นที่	๔. วางแผนประชุมทีมสหวิชาชีพร่วมกับครอบครัวและชุมชนเพื่อร่วมกันวางแผนในการช่วยดูแลผู้ป่วยในระยะเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ข้อเสนอแนะ ด้านการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีประวัติก่อความรุนแรงในชุมชน ในการให้การพยาบาล ต้องบูรณาการการดูแลให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งการดูแลเพื่อให้รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่กลับมาเสพติดซ้ำ และเน้นการเฝ้าระวังความเสี่ยงไม่ให้ก่อเหตุรุนแรงซ้ำ

๒. พยาบาลผู้ดูแลมีส่วนสำคัญของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมรุนแรง คือ การเชื่อมโยงให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดจนนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรง พยาบาลต้องมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ส่งเสริมทักษะต่างๆให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และนำกลับไปใช้หลังจากผู้ป่วยจำหน่าย

๓. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นกลวิธีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อประสิทธิภาพในการดูแล เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เกิดความคุ้มค่าสูงสุด การดูแลเกิดจากความร่วมมือของสหวิชาชีพ ระหว่างแพทย์ ผู้จัดการผู้ป่วย และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานของกลุ่มการวินิจฉัยโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

๔. การดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติก่อความรุนแรงในชุมชน พยาบาลผู้ดูแลต้องประสานส่งต่อการดูแลต่อเนื่องให้กับครอบครัวและชุมชน โดยมีแนวทางการดูแลอย่างไร้รอยต่อสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สร้างความตระหนักการดูแลคนในชุมชนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและอาจก่อเหตุความรุนแรงในสังคม เน้นการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่อาจนำมาสู่การก่อพฤติกรรมรุนแรงและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมดูแล ป้องกันและการช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การไม่กลับไปเสพติดซ้ำและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

๑. องค์กรพยาบาลควรมีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุน ฝึกอบรม เสริมสร้างทักษะบุคลากรด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้กระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

๒. ควรจัดให้มีระบบบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ระดับตติยภูมิที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ

๓. ควรจัดการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการร่วมทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ให้กับบุคลากรที่รับผิดชอบงานยาเสพติดเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะการปฏิบัติงาน และเพิ่มศักยภาพในการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). *แนวทางการติดตามดูแล*
ต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/ สารเสพติด. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- กองสนับสนุนวิชาการ กรมการแพทย์. (๒๕๔๘). คู่มือคำแนะนำการดูแลผู้มรปัญหาสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ ๑.
เชียงใหม่ : บริษัทแบรนดดีเพิล็กซ์ จำกัด.
- กัญญาณัฐ บุญ-หลง. (๒๕๕๖). *ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อจำนวนวัน*
นอนในโรงพยาบาล และความพึงพอใจในบริการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และปานรดา บุญเรือง, (๒๕๖๐). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การเห็นคุณค่าในตนเองกับ*
การรับรู้ด้านจิตวิญญาณของผู้ติดยาเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. การพยาบาลผู้ติดยาเสพติด.
(พิมพ์ครั้งที่ ๒). มหาสารคาม : สำนักพิมพ์กะกาเยีย. ปีที่ ๑๘ (ฉบับที่ ๒) : หน้า ๔๗-๕๔.
- บุรฉัตร จันทร์แสง. (๒๕๖๐). *บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในปัจจุบัน*. มหาวิทยาลัยราชภัฏ
มหาสารคาม. ใน วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา. ปีที่ ๔ (ฉบับที่ ๒) : หน้า ๓๗-๕๖.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. (๒๕๖๐). *ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับ*
วิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. ๒๕ (๑) : ๑ -
๑๙.
- พิชญา วัฒนการุณ และคณะ, (๒๕๕๗). *อาการทางจิตเวชผู้ป่วยในโรคจิตจากการใช้แอมเฟตามีน*. ใน *วารสารสถาบัน*
จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. ปีที่ ๘ (ฉบับที่ ๒). หน้า ๑๑ - ๒๐.
- วิมล ลักขณาภิชนชัช. (๒๕๖๓). *คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด*. สถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยา
เสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สายสุดา โภชนากรณ์ (๒๕๖๓). *รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการ*
กลับไปเสพยา. ในวารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. ปีที่ ๕ (ฉบับที่ ๑๒) :
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวง ยุติธรรม. (๒๕๖๖) *กฎหมายยาเสพติดฉบับ*
ใหม่ สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๗ จาก ; <https://www.oncb.go.th/Pages/main.aspx> หน้า
๒๑.
- อัมพร สีลากุล และคณะ. (๒๕๕๖). *การพัฒนาแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ด้วยคุณธรรม*
“รักเหนือรัก” (สารานุกรมธรรม ๖) ระดับศีล ๕. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. ในการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต. ปีที่ ๒๗ (ฉบับที่ ๓) : หน้า ๓๐ - ๔๓.