

# การจัดการรายกรณี : ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) Case Management: Cannabis-Addicted Patients with Comorbid Bipolar Disorder

วิไลพร จันทนชาติ\*

WILAIORN CHANTANACHART

## บทคัดย่อ

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นการจัดการบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่ง เพื่อพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนให้มีคุณภาพ การจัดการรายกรณีผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีใช้แผนการดูแล (Clinical pathway) จัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการ รวมทั้งการเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) โดยมีการกำหนดแผนการดูแล ประสานการดูแล ประเมินผลและมีการติดตามผลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ สนับสนุนการร่วมมือร่วมใจของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพครอบครัวและชุมชน เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเกิดประสิทธิผลสูงสุด

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๓๕ ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพว่างงาน ใช้กัญชาสูบต่อเนื่อง ๒๐ปี ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด เอะอะไว้วาย ตะโกนไว้วายเสียงดัง ขว้างปาสิ่งของในบ้าน ชูจะทำร้ายบิดา หลงผิดคิดว่าเป็นเทพเจ้าเป็นคนร้ายบิดาจึงให้ตำรวจนำส่งบำบัดรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เข้ารับการบำบัดรักษา ตั้งแต่วันที่ ๑๗ ต.ค.๒๕๖๖ แพทย์วินิจฉัย Cannabis induced Psychosis with Bipolar ประเมินแรกรับพบมีความเสี่ยงสูงในการทำร้ายผู้อื่น ระยะเฉียบพลันยังคงมีอาการเมเนียร์รุนแรง หงุดหงิดก้าวร้าว ชมชู่จะทำร้ายเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอื่น ควบคุมตัวเองได้น้อย ยังมีหลงผิดเป็นเทพเจ้าและคนร้าย จำกัพฤติกรรมให้การผูกมัดตามแนวทางผูกมัดเมื่อจำเป็น ระยะอาการสงบและอาการคงที่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดีขึ้น ไม่มีพฤติกรรมหงุดหงิดก้าวร้าว อาการหลงผิดลดลง ดูแลให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) และผลกระทบจากการใช้กัญชา ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ระดับแรงจูงใจในการเลิกกัญชา และบำบัดยาเสพติดจากระยะเมินเฉย ทำกลุ่มสร้างแรงจูงใจในการบำบัดผู้ป่วยตัดสินใจย้ายฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ ในรูปแบบของ FAST Model ตามระบบการดูแลของโรงพยาบาล สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ดี ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการวางแผนและการประสานงานอย่างครอบคลุมจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจเป็นอย่างดี จึงวางแผนการจำหน่าย การประเมินจากคณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผ่านเกณฑ์การประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ผู้ป่วยได้วางแผนการกลับบ้านและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗ รวมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเป็นเวลา ๙๓ วันและผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการติดตามการรักษาของสถานบำบัด

**คำสำคัญ:**การจัดการรายกรณี,ผู้ป่วยเสพติดกัญชา, โรคทางจิตเวช ชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar)

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

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

## Abstract

Case management is a form of healthcare service designed to improve the quality of care for patients with complex needs. Case management for patients addicted to marijuana with co-occurring bipolar disorder involves using clinical pathways to organize patient care systematically to meet their needs. The case manager nurse coordinates care plans, ensures seamless care, evaluates outcomes, and follows up collaboratively with the multidisciplinary team. This approach supports the cooperation and dedication of team members, the patient's family, and the community, with a patient-centered focus to provide continuous and effective care for optimal outcomes.

**Case Study:** A 35-year-old Thai male patient, single, of Thai ethnicity and nationality, and Buddhist religion, with a bachelor's degree and unemployed, has been continuously smoking marijuana for 20 years. The patient exhibited irritability, outbursts, loud shouting, throwing objects at home, and threatening to harm his father, delusionally believing himself to be a god and wealthy. His father had the police take him to the National Institute of Drug Abuse Treatment for rehabilitation on October 17, 2023. The doctor diagnosed him with Cannabis-induced Psychosis with Bipolar. Initial assessment revealed a high risk of harming others, with acute severe mania, irritability, aggression, and threats to staff and other patients, with poor self-control and delusions of being a god and wealthy. Restraint was applied as needed. During the stable phase, he gained better emotional control, with reduced delusional behavior. Mental health education was provided to the patient and his family about bipolar disorder and the impacts of marijuana use, necessary caregiving skills, and motivation for quitting marijuana. Motivation-building groups were conducted, and the patient decided to undergo rehabilitation. He participated well in group activities during rehabilitation under the FAST Model. Before discharge, comprehensive planning and coordination with the health team ensured that the patient and family had adequate knowledge and understanding. The Rehabilitation Center Committee's evaluation confirmed that he met the criteria for rehabilitation. The patient was discharged on January 14, 2024, after 58 days of rehabilitation and entered the follow-up care process at the treatment facility.

**Keywords:** Case management, marijuana addiction, psychiatric disorder, bipolar disorder

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

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานยาเสพติดโลก ปี ค.ศ. ๒๐๒๐ (World Drug Report ,๒๐๒๐)ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่ง สหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC) ระบุว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นมากกว่ายาเสพติดชนิดใดๆ นอกจากนี้กัญชาเป็นยาเสพติดด่านแรก (gateway drug) ที่นำไปสู่การเสพยาเสพติดตัวอื่น โดยสารสำคัญที่พบมากในกัญชาคือ Tetra-Hydro-Cannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) THC เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและมีฤทธิ์เสพติด พบมากที่ช่อดอก ในปัจจุบัน ในทางการแพทย์ยอมรับว่า THC เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการอยากยา ถอนยา และเสพติด (ชาญชัย ธงพานิช,๒๕๖๒ ) สำหรับสถานการณ์ปัญหากัญชาในประเทศไทย แม้ว่าจะมีการปลดล็อกพืชกัญชาตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๖๒ แต่ยังคงเปิดกว้างให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาและพืชกระท่อมเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและประโยชน์ในทางการแพทย์และเพื่อการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ภายใต้การดูแลและควบคุมของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีประชาชนให้ความสนใจอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะมีการใช้กัญชาเพื่อลดอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล สมองเสื่อม ปวดเมื่อยร่างกาย ส่งผลกระทบต่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ เช่น ประสาทหลอน วิงเวียนศีรษะ ภาวะนกระวาย จนต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ให้บริการทางการแพทย์หลายคนต่างอยากทราบแนวทางการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่สารสกัดกัญชาก็ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพดีพอที่จะยืนยันประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวช (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, ๒๕๖๒)

การใช้กัญชายังส่งผลต่อการเกิดโรคทางจิตเวช โดยมีรายงานวิจัยที่พบว่าการใช้กัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ๑.๑๗ เท่าในผู้ใช้กัญชา หากใช้ปริมาณมาก (heavy users) มีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์เพิ่มเป็น ๑.๖๒ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) (Lev-Ran S, Roerecke M, Le Foll B, George TP, McKenzie K, Rehm J,๒๐๑๔) มีหลักฐานเชิงประจักษ์หลายชิ้นที่สนับสนุนว่า การใช้กัญชามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะผู้ใช้กัญชาเป็นประจำในปริมาณมากๆหรือมีประวัติเคยเป็นโรคจิตมาก่อนหรือมีประวัติคนในครอบครัวป่วยทางจิต โดยอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรคจิตในผู้ใช้กัญชาเป็น ๑.๔๑ เท่า (Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al,๒๐๐๗) และ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorders) จากรายงานวิจัยของ Lev-Ran et al. ๒๐๑๓ พบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีปัญหาจากการใช้กัญชาในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ ๗.๒ เท่า ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปที่พบเพียงร้อยละ ๑.๗ ปริมาณกัญชาและความถี่ของการใช้จำนวนมากมีผลทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเมเนีย (mania) มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ ถึง ๓ เท่า (Gibbs M, Winsper C, Marwaha S, Gilbert E, Broome M, Singh SP,๒๐๑๕)

โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหรือโรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์อย่างหนึ่ง ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหรือโรคไบโพลาร์และการใช้กัญชาทั้งในลักษณะปัจจุบันที่ทำให้การเกิดของโรครุนแรงขึ้น การใช้กัญชาทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาทำให้อาการแย่ลงโดยเฉพาะอาการเมเนีย (บุญศิริ จันศิริมงคลและคณะ,๒๕๖๕ ; ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, ๒๕๖๑ ,สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล,๒๕๖๒ ) สะท้อนถึงปัญหาของการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชจากการใช้สารเสพติดอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งปัญหาการเกิดโรคทางจิตร่วมนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากสถิติจำนวนผู้ที่รับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดกัญชามีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ ๖.๕๗, ๑๐.๗๐ และ ๑๖.๓๑ ตามลำดับ และมีการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชใน ผู้ป่วยเสพยาเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษา

บำบัดรักษาในสภยช. พบว่า ผู้ป่วยเสพติดักัญชาที่มีความชุกในการเกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๕ และโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคจิต (psychotic disorder) คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๗ รองลงมา คือ โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และ โรคทางอารมณ์ (mood disorder) คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๙ และ ๕๖.๑ ตามลำดับ (ณรงค์ ศิลปศรารุญ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์, ๒๕๖๒) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ามีความชุกของ comorbidity สูงจะมีผลกระทบต่ออาการดำเนินโรค เนื่องจากมีผลให้การรักษาสารเสพติดและการรักษาโรคจิตเวชยากมากขึ้น เกิดการไม่ร่วมมือในการรักษา (non-compliance) อีกทั้งยังส่งผลให้เพิ่มการใช้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นด้วย (นิตยา ตากวิริยะนันท์, ๒๕๕๘)

ผู้ป่วยเสพติดักัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจึงเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการวางแผนการดูแล ทั้งจากพฤติกรรมเสี่ยงจากการเสพติดซ้ำและการป่วยด้วยโรคทางจิตที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องหากครบคร้วมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งในครอบครัวเกิดผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ปัญหาเดิม กลายเป็นปัญหาเรื้อรัง การวางแผนการดูแลผู้ป่วยจึงต้องเริ่มจากการที่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจในลักษณะของปัญหาจากการเสพติดักัญชา การเกิดโรคร่วมทางจิตเวช การรักษา การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีการทางจิตกำเริบ การดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการปรับตัวและจัดการกับปัญหา ที่เกิดขึ้นร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลร่วมกันที่ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัดรักษาและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นการจัดการบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และมีผลดีต่อการฟื้นฟูทางคลินิกในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งเป็นกลุ่มยุ่งยากซับซ้อนในการวางแผนการดูแล ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลร่วมกัน โดยใช้แผนการดูแล (Case manager Plan) เป็นลักษณะการจัดระบบการดูแล และผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการเป็นสำคัญ โดยที่พยาบาลแต่ละคนมีหน้าที่ประสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ลักษณะเด่นของระบบการพยาบาลในแบบนี้คือ มีการกำหนดเวลาที่จะให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Time Frame) รับผิดชอบระบบให้การดูแล เป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) และมีการปฏิบัติการร่วมกันเป็นกลุ่มทั้งในระดับหน่วยหรือระดับแผนก และที่สำคัญคือผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและประเมินผลด้วยกัน (นุชณี เอี่ยมสะอาด, ๒๕๖๓, ปริญญาวัชร ปรากฏผล, ๒๕๖๐) รูปแบบการดูแลรายกรณีมีเครื่องมือที่สำคัญคือแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) โดยจะกำหนดเป้าหมาย กิจกรรมการดูแลและผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นไว้อย่างชัดเจน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน สามารถลดค่าใช้จ่ายช่วยผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และส่งเสริมให้หยุดใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง (Kristin F Wason, et al, ๒๐๒๑)

ผู้ศึกษาในบทบาทพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช จึงมีความสนใจศึกษาการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเสพติดักัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) โดยกำหนดแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การประสานความร่วมมือตามแผนการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด และเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชในการวางแผนดูแลผู้ป่วยและพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษากรณีศึกษาและเสนอแนวทางการการดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชชนิด อารมณ์สองขั้ว (Bipolar) โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี

**ระยะเวลาที่ศึกษา** เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ – มกราคม ๒๕๖๗

### **ขั้นตอนการดำเนินงาน**

๑. ทบทวนกระบวนการดำเนินงานการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี โดยกำหนด แผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพ อย่างเป็นระบบ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

๒. การค้นหาหรือคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการใช้บริการแบบการจัดการรายกรณีโดย เลือกผู้ป่วยที่มี ประเด็นความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อจัดทำการศึกษา ๑ ราย คือผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar)

๓. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด สาเหตุของการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้ง ประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาประเมินผู้ป่วยและ ครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งจากปัญหาของผู้ป่วย, ครอบครัวและสภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ประเมินทั้งส่วนที่ดีคือความสามารถ ศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุนปัญหาและความต้องการในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการกำหนดวินิจฉัยปัญหาความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย และครอบครัวผู้ที่เกี่ยวข้อง

๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา และเอกสารทางวิชาการ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องได้แก่ แนวคิดการจัดการรายกรณี การดูแลผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับ ความรู้เกี่ยวกับการเสพติดกัญชา ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช จากการใช้ยา และสารเสพติด การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชามีอาการร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยกัญชาที่มีอาการร่วมทางจิตเวชอารมณ์สองขั้ว (Bipolar)

๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ ระบุปัญหาและวางแผนการดูแลตามแนวคิดการจัดการรายกรณี ภายใต้การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพและร่วมกันกำหนดแผนการดูแล โดยนำครอบครัวและผู้แทนชุมชนเข้ามา มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดปัญหา แนวทางการดูแลและการดูแลต่อเนื่อง สหวิชาชีพอันประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และผู้จัดรายกรณี ร่วมกันพิจารณาข้อมูล

๖. ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ทำหน้าที่กำกับดูแลให้บุคลากรในทีมปฏิบัติตามกิจกรรม ตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในแผนการดูแลการดำเนินงานตาม แผนการดูแลโดยมีผู้ศึกษาทำหน้าที่ติดตามผลการได้รับการช่วยเหลือตามแผนที่กำหนด ติดตามประเมิน ประสิทธิภาพของแผนการดูแลกิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์ของกิจกรรม โดยโทรศัพท์สอบถามและการ สอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

๗. สรุปผลการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar)

๘. เผยแพร่ความรู้จากการทำกรณีศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น ๓ ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ ๑) แบบประเมินภาวะสุขภาพ ๒) แบบบันทึกทางการแพทย์และการประเมินผลการพยาบาล ๓) แบบบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ ๒ แผนการดูแล (clinical pathway) เป็นเครื่องมือของพยาบาลผู้จัดการที่จะดูแลผู้ป่วยให้บรรลุผลลัพธ์ในการดูแลประกอบด้วย การระบุปัญหา การวางแผนให้การดูแลและการดำเนินการตามแผน การคาดการณ์ในผลลัพธ์และองค์ประกอบอื่นๆ ความร่วมมือในการปฏิบัติการโดยพยาบาลและแพทย์ ซึ่งระบุระยะเวลา เป้าหมาย และผลลัพธ์ โดยการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายการดูแลไว้ ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะสั้น ระยะกลางและระยะดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษา โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) ๑ คน คัดเลือกการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง เข้าสู่ระบบการดูแลแบบการจัดการรายกรณี ผู้ศึกษารับบทบาทเป็นผู้จัดการรายกรณี ศึกษาาระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ – มกราคม ๒๕๖๗ รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม

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

## ๑. ประวัติกรณีศึกษาและการประเมินภาวะสุขภาพ

๑.๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๓๕ ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพโสด ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพ ว่างาน บทบาทในครอบครัว สมาชิก

ภูมิลำเนา ๑๘ ถนนพัฒนาการ ต.สวนหลวง เขตสวนหลวง จ.กรุงเทพมหานคร

รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๖ สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพ (สิทธิ ๓๐ บาท)

การวินิจฉัยโรค Cannabis induced psychosis with Bipolar

อาการสำคัญ (Chief Complaint) ๔ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หงุดหงิดก้าวร้าวโวยวาย ตะโกนโวยวายเสียงดัง ขว้างปาสิ่งของในบ้าน ชูจะทำร้ายบิดา หลงผิดคิดว่าเป็นเทพเจ้า บิดาจึงให้ตำรวจนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) ๑ ปีก่อนมารพ. ผู้ป่วยเสพกัญชามีอาการหงุดหงิดเอะอะโวยวาย ไปรับการรักษาที่สถานบำบัดยาเสพติด ไม่เสียบ อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช (พ.ย.๖๔-ต.ค.๖๕) หลังออกจากสถานบำบัดเสพกัญชาต่อเนื่อง

๓ เดือนก่อนมารพ. มีการเพิ่มปริมาณการเสพกัญชามากขึ้นเสพทุกวันและเสพต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

๑ เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเสพกัญชาวันละ ๕ หลุม เสพทุกวัน หลังเสพจะมีอาการหงุดหงิดอารมณ์ฉุนเฉียว พุดเพื่อเจ้อ ไม่ได้รับการรักษาที่ใด

๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพกัญชาเพิ่มปริมาณการเสพมากขึ้น เสพกัญชาวันละ ๗-๘ หลุม มีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ขว้างปาของในบ้านถ้ามีคนพุดแล้วทำให้ตนไม่พอใจ พุดคนเดียว กลางคืนเดินไปมา

๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพกัญชาต่อเนื่อง พุดเพื่อเจ้อ พุดคนเดียว คิดว่าเป็นองค์เทพ เป็นคนร้ายร้ายมีธุรกิจหลายอย่าง กลางคืนไม่ยอมหลับนอน

๔ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หงุดหงิดก้าวร้าวไว้วาย ตะโกนไว้วายเสียงดัง ขว้างปาสิ่งของในบ้าน  
ปู่จะทำร้ายบิดา หลงผิดคิดว่าเป็นเทพเจ้า บิดาจึงให้ตำรวจนำผู้ป่วยส่งสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด  
แห่งชาติบรมราชชนนี

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history)** ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางกาย ปฏิเสธการได้รับ  
อุบัติเหตุทางสมอง/การผ่าตัด

**ประวัติโรคประจำตัว และการรักษาที่ได้รับ** มีโรคประจำตัวเป็นโรคไบโพลาร์รักษาที่คลินิกใกล้บ้าน ตั้งแต่  
ปีพ.ศ.๒๕๖๒ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

**ประวัติการแพ้ยารักษาและสารอาหาร** ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมีต่างๆ

**ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/ผ่าตัด:** ๒ ปีก่อน MCA แผลลัมเอง มีแผลถลอกตามตัว ไม่มีศีรษะกระแทกพื้น

**ประวัติการใช้ยา และสารเสพติด**

ผู้ป่วยเริ่มดื่มเบียร์ ตอนอายุ ๑๕ ปี เนื่องจากเพื่อนชวนดื่มตามเทศกาล ดื่มครั้งสุดท้าย ๑๐ ต.ค.๖๖

ผู้ป่วยเริ่มใช้กัญชาสูบตอนอายุ ๑๕ ปี เนื่องจากเพื่อนชวน เริ่มใช้ครั้งละ ๑ หลุม /วัน สาเหตุอยากลองวัน  
ใช้เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

๑ เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเสพกัญชาวันละ ๕ หลุม เสพทุกวัน

๑ สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพกัญชาเพิ่มปริมาณการเสพมากขึ้น เสพกัญชาวันละ ๗-๘ หลุม

ปัจจุบันผู้ป่วยใช้กัญชาสูบวันละ ๗-๘ หลุม/วัน ใช้ทุกวัน ผู้ป่วยใช้กัญชาสูบครั้งสุดท้ายเมื่อ ๑๕ ต.ค.๖๖  
กัญชาสูบ ๓ หลุม

สูบบุหรี่ก้นกรองวันละ ๑๐ มวน/วัน ใช้บุหรี่สูบครั้งสุดท้ายเมื่อ ๑๗ ต.ค.๖๖

**ประวัติการบำบัดรักษายาเสพติด**

ครั้งที่ ๑ ไปรับการรักษายาเสพติดที่สถานบำบัดยาเสพติดไม่เสียบ อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช  
(พ.ย.๖๔-ต.ค.๖๕)

ปัจจุบัน ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๖ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันบำบัดรักษาและ  
ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

**ประวัติการต้องคดี** ไม่มีประวัติด้านคดีเกี่ยวกับยาเสพติดและคดีใดๆ

**ประวัติส่วนตัว** มารดาเสียชีวิตจากอุบัติเหตุตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๒๐ ปี ผู้ป่วยมีพี่น้อง ๒ คน เป็นบุตรชายคนโต  
อาศัยอยู่กับพ่อและมารดาเลี้ยง ช่วงอายุ ๑๕ ปี ได้เริ่มใช้ยาเสพติดกัญชาเนื่องจากอยากลอง ผู้ป่วยเรียนจบ  
การศึกษาปริญญาตรี ก่อนเสพยาเป็นคนชอบเก็บตัว พูดคุยกับคนในครอบครัวน้อยเอาแต่ใจตัวเอง มีปัญหาจะไม่  
ปรึกษาใครจะเก็บปัญหาไว้คนเดียว ช่วงเสพยา เป็นคนเอาแต่ใจตนเอง ใจร้อน หงุดหงิดง่าย เอะอะไว้วาย  
บางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าวหงุดหงิด ทะเลาะกับบิดาและน้องสาว ที่บ่นเรื่องตนเองสูบกัญชา ปัจจุบันว่างงาน  
กิจกรรมและความสนใจพิเศษ: เป็นพ่อครัวตามร้านอาหาร

**ประวัติครอบครัว**

มารดาผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ ๒๐ ปี

ผู้ป่วยมีพี่น้อง ๒ คน เป็นบุตรชายคนโต มีน้องสาว ๑ คน

บิดาผู้ป่วยอายุ ๖๗ ปี อาชีพเกษียณอายุจากบริษัทโลจิสติกและมีภรรยาใหม่ บิดาผู้ป่วยมีสุขภาพ  
แข็งแรงไม่มีโรค บุคลิกภาพชอบบ่นเรื่องผู้ป่วยเสพกัญชาจนผู้ป่วยรำคาญ ไม่มีประวัติดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

น้องสาว อายุ ๓๐ ปี ไม่มีครอบครัวอาชีพรับจ้าง แยกบ้านอยู่กับผู้ป่วย สุขภาพแข็งแรง สัมพันธภาพกับ  
ผู้ป่วยทะเลาะกันบ่อยครั้งเรื่องการเสพยาของผู้ป่วย ไม่มีประวัติดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

**ประวัติพัฒนาการ** พัฒนาการปกติตามวัย

**อาการแรกแรกที่ ER** แกรับที่ ER ๑๗ ต.ค.๖๖ หงุดหงิดก้าวร้าวไว้วาย ตะโกนไว้วายเสียงดัง ชู่จะทำร้ายบิดา หลงผิดคิดว่าเป็นเทพเจ้า สัญญาณชีพแรก รับ อุณหภูมิ ๓๗.๑ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท

**อาการแรกแรกที่หอผู้ป่วย** ผู้ป่วยมาโดยรถนอน ตะโกนด่าว่าเจ้าหน้าที่เสียงดัง หงุดหงิด ต่อต้านการบำบัด ชู่จะทำร้ายทุกคนที่เข้ามาอยู่กับตนเอง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๖ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๐-๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๘/๗๘ มิลลิเมตรปรอท

ประเมิน VESA แกรับ Violent=๔๔ คะแนน, Escape=๑๐ คะแนน, Suicide=๒ คะแนน, Accident=๒๐ คะแนน แปลผล ผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรง/ทำร้ายผู้อื่นและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง  
ประเมิน BPRS แกรับ = ๗๒ คะแนน แปลผล ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วย

### ๑.๒ ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ระบบร่างกายที่ตรวจ	ผลการตรวจ
ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน สีผิวขาวเหลือง แต่งกายด้วยชุดของโรงพยาบาลดูสะอาด ไม่พบความพิการ
ผิวหนัง	ดู : ปกติไม่แห้งแตก ไม่มีจุดจ้ำเลือด และจุดเลือดออก ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ คลำ : อุณหภูมิปกติ คลำไม่พบก้อน ไม่มีผิวดรูป
ศีรษะ ใบหน้า	ดู : ศีรษะสมมาตร เส้นผมเป็นลักษณะเส้นใหญ่ หนักระยะสะอาด ไม่พบรังแค หนังกึ่งศีรษะข่มขึ้น คลำ : คลำไม่พบ บก้อน
ตา	การมองเห็นทั้งสองข้าง ปกติ ขนตาจัดเรียงเป็นระเบียบ หนังกตาไม่ตก ตาขาวไม่เหลือง ไม่มีน้ำตา เปลือกตาบน-ล่างมีสีชมพู การเคลื่อนไหวลูกตาทิศทั้ง๒ข้างต่อมน้ำตาปกติ
ช่องปากและคอ	ช่องปากไม่ค่อยสะอาด ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ไม่มีแผลในปาก เหงือกไม่ บวม ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีฟันผุ มีหินปูนเกาะตามฟัน ไม่พบความผิดปกติที่คอต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอไม่โต ไม่มีก้อนผิดปกติ
แขนขา	ลักษณะภายนอกของแขนและขาไม่ผิดปกติ ไม่มีอาการเกร็ง ทำหน้าที่ได้ปกติ เคลื่อนไหวข้อได้ทุกข้อไม่อักเสบ ปวด บวม แดงร้อน ระบบกล้ามเนื้อแข็งแรง การเคลื่อนไหวปกติ
ทรวงอก	ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ
หัวใจและหลอดเลือด	ปกติ หายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก นอนราบได้ปกติ ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ เวลาหายใจเข้าออก หน้าอกเคลื่อนไหว เท่ากันทั้งสองข้าง การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ
หน้าท้องและทางเดินอาหาร	ปกติ ท้องไม่อืด ไม่มีรอยแผลหรือรอยผ่าตัด คลำไม่พบก้อนตับ ม้ามไม่โต
Cerebellar sign	Finger-to-nose test ไม่พบความผิดปกติ, ไม่มีประวัติการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ
การเดิน	สามารถเดินได้เอง แต่มีเดินเซเล็กน้อยต้องมีคนช่วยพยุงเดินเนื่องจากได้รับยาฉีดต้านอาการทางจิต



### ๑.๓ การตรวจสภาพจิต

ลักษณะโดยทั่วไป (General appearance)	ชายไทยวัย ๓๕ ปี รูปร่างสมส่วนผิวขาวเหลืองหน้าตาสมวัยผมสั้นสีดำสวมชุด โรงพยาบาลแต่งกายสะอาด ไม่มีกลิ่นตัว สีหน้าไม่สดชื่นหมกมุ่นครุ่นคิด ให้ความ ร่วมมือไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวระหว่างพูดคุยสีหน้ากังวลไม่หงุดหงิดพฤติกรรม การเคลื่อนไหว(Psychomotor)ปกติ เดินปกติทรงตัวได้ดี
การพูด (Speech)	มีพูดคนเดียว จังหวะการพูดเร็ว ถาม-ตอบเร็ว หลังจากนั้นพูดนอกเรื่อง (Tangential) พูดเสียงปกติ ไม่ดังหรือเบาจนเกินไป
อารมณ์ (Mood and Affect)	-Mood พื้นฐานอารมณ์เป็นคนอารมณ์ร้อนเอาแต่ใจ หงุดหงิดง่าย(Irritable) หากมี สิ่งที่มากระตุ้นที่ทำให้หงุดหงิดผู้ป่วยจะแสดงออกมาให้รู้ว่าไม่พอใจในสิ่งนั้นอย่าง ชัดเจน -อารมณ์ที่แสดงออก (Affect) มีสีหน้าท่าทางกังวลไม่สดชื่นและเมื่อพูดถึงเรื่อง ครอบครัวสีหน้าจะหงุดหงิดบอกว่าตนเองเป็นลูกที่พ่อแม่ไม่รัก พ่อบังคับตนเองมา บำบัดตนเองไม่สมัครใจมาบำบัด
ความคิด (Thought)	-กระแสความคิด (Stream of thought) ผู้ป่วยพูดคุยมีความต่อเนื่อง ตอบคำถาม ได้ตรงคำถาม การพูดบางครั้งวกวนแต่เนื้อหาการพูดยังอยู่ในประเด็นที่สนทนา -เนื้อหาของความคิด(Content of thought) มีความคิดหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้า เป็นคนร่ำรวยมีธุรกิจร้อยล้าน
การรับรู้สิ่งเร้า (Perception)	ปฏิเสธภาพหลอน ปฏิเสธการรับสัมผัสปกติ ปฏิเสธการรับกลิ่นผิดปกติ และปฏิเสธ การรับสัมผัสผิดปกติ
การรับรู้ตัวเองและสิ่ง แวดล้อม (cognitive function)	Time ผู้ป่วยบอกวันเดือนปีและช่วงเวลาได้อย่างถูกต้อง Place ผู้ป่วยบอกสถานที่อยู่ขณะบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้อง Person ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าตนเองกำลังสนทนากับพยาบาล
ความจำ (Memory)	-ความจำระยะยาว (Remote memory) สามารถเล่าเรื่องได้ตรงกับประวัติที่ได้จาก บิดา บอกวันเดือนปีเกิดได้ถูกต้อง -ความจำระยะสั้น (Recent memory) สามารถบอกอาหารมื้อเช้าและมื้อกลางวัน ได้อย่างถูกต้อง - ความจำทันทีทันใด (Immediate memory) ทดสอบโดยให้ผู้ป่วยจำปากกา ต้นไม้ ส้ม และเว้นระยะ ๕ นาทีกลับมาถาม ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง ๓ อย่าง ปากกา ต้นไม้ ส้ม
ความตั้งใจและสมาธิ (Attention and concentration)	ในระยะแรกยังไม่สามารถประเมินได้ เมื่ออาการดีขึ้นพบว่า ผู้ป่วยมีสมาธิในระดับ ปกติ สามารถลบเลขในใจได้
เชาวน์ ปัญญาและความ รอบรู้ (Intelligence and General Knowledge)	การทดสอบเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้ลบเลขครึ่งละ ๕ จาก ๑๐๐ ผู้ป่วยสามารถลบเลขได้ ให้ลบเลขลงครึ่งละ ๔ จาก ๕๐ ผู้ป่วยสามารถลบได้ถูกต้อง

การตัดสินใจ (Judgment)	สมมติเหตุการณ์ให้ผู้ป่วยตัดสินใจหากผู้ป่วยอยู่ในเหตุการณ์นั้น ผู้ป่วยสามารถตอบได้สมเหตุสมผล เช่น พบของจดหมายที่ติดแสตมป์แล้วหล่นอยู่จะทำอย่างไร ผู้ป่วยตอบว่าเอาไปส่งที่ตู้ไปรษณีย์
การรู้จักตนเอง (Insight)	ผู้ป่วยบอกว่าใช้กัญชา กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด ระบุว่าตนเองหงุดหงิดและควบคุมไม่ได้ เดินนั่งทำอะไรก็คุมไม่ค่อยได้ นอกจากนี้บอกว่าบิดาพามารักษาโรคซึมเศร้าและไบโพลาร์ที่คลินิก และบอกว่าตนเองยังไม่อยากเลิกกัญชาและไม่จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัด ไม่ขอบำบัดต่อในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งแสดงถึง Poor insight

**๑.๔ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลCBC ผลการตรวจเลือดปกติ**

ผล Urine Exam ผลการตรวจปกติ ผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ตรวจพบสาร THC ในปัสสาวะ

**๑.๕ ผลตรวจทางรังสี Chest X-ray Normal**

การวินิจฉัย Cannabis induced psychosis with Bipolar

**2. การจัดการรายกรณี : ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar)**

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยให้พยาบาลแต่ละคน ประสานกิจกรรมการดูแล มีการกำหนดกรอบเวลาที่ชัดเจน (Time Frame) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) มีบทบาทเป็นผู้แทนผู้ป่วย ผู้แก้ปัญหา และผู้ตัดสินใจ โดยเน้นการดูแลมาตรฐานคุณภาพ ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย วางแผน ประสานงาน และประเมินผล

การดูแลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) มีความซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาติดยาเสพติดหรือความผิดปกติทางจิตเพียงอย่างเดียว ต้องช่วยให้ผู้ป่วยหยุดใช้สารเสพติด ลดอาการทางจิตเวช ควบคุมอารมณ์ และให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค การวางแผนการดูแลต้องเป็นระบบ ร่วมกับสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ญาติ ครอบครัว และชุมชน เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิผลสูงสุด ในการดูแลกรณีศึกษานี้ ได้ดำเนินการดังนี้ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดการดูแลอย่างเป็นระบบติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและปรับแผนการดูแลตามความจำเป็น ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเมินผลและปรับปรุงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติในสังคม ได้มีวิธีการดำเนินการในการดูแลกรณีศึกษา ดังต่อไปนี้

ตารางแสดงขั้นตอนการการจัดการรายกรณี:ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar)

ขั้นตอน	วิธีการดำเนินการ
การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย	ผู้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษามีโรคร่วมสองขั้ว(Bipolar)และเสพกัญชาอย่างหนักเป็นเวลานาน ส่งผลให้โรคร่วมสองขั้ว(Bipolar)กำเริบรุนแรง การรักษาจึงต้องจัดการทั้งอาการของโรคร่วมสองขั้วและผลกระทบจากการเสพกัญชา การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต้องมีความเหมาะสมและมีการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) โดยมีการกำหนดแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ญาติ ครอบครัว และชุมชน
การประเมินผู้ป่วย	ผู้ศึกษาได้ศึกษากรณีศึกษาจากประวัติเวชระเบียนและการซักประวัติผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม รวมถึงต้องการการสนับสนุนทางสังคมแบบองค์รวม ผู้ศึกษาจึงได้นัดหมายสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และครอบครัว เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาและวินิจฉัยความต้องการและการช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครบถ้วน
การระบุปัญหา	ในการระบุปัญหาของผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลภายใต้การนำของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้ประชุมร่วมกับแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอย่างครอบคลุมทุกระยะ:ระยะเฉียบพลัน: ระยะวิกฤตจากอาการกำเริบของโรคร่วมสองขั้ว (Bipolar) จากการใช้ยาและสารเสพติด ระยะอาการสงบและคงที่ : อาการทางจิตเริ่มสงบและคงที่ มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ: ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มทักษะและความเข้มแข็งด้านจิตใจ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
การวางแผนให้การดูแล	ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยภายใต้การนำของผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้ประชุมร่วมกับแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวิเคราะห์และระบุปัญหาของผู้ป่วย เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษาที่กำหนด และจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway)
การดำเนินการตามแผน	ได้รับการดูแลตามแผนที่จัดทำไว้ โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และสาธารณสุขใกล้บ้าน
การติดตามประเมินผล	ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดตามนัดที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำ ไม่มีอาการเตือนของเมเนียหรือซึมเศร้า สามารถจัดการอารมณ์ได้ดี และรับประทานยาต้านอาการทางจิตและยาควบคุมอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่ทีมบำบัดวางไว้

ตารางแสดง เป้าหมายการพยาบาล ตามแนวคิดการจัดการรายกรณี( Clinical Pathway)

เป้าหมาย ระยะเฉียบพลัน	เป้าหมาย ระยะอาการสงบและอาการคงที่	เป้าหมาย ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
<p>๑. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งต่อตนเองและผู้อื่น</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการรุนแรงจากทางยาเสพติด(ภาวะถอนพิษยา)</p> <p>๓. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากภาวะขาดนิโคติน</p> <p>๔. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาทางจิตเวช กลุ่ม High Alert Drugs ที่ใช้บำบัดในระยะรุนแรงเฉียบพลัน/เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่ใช้ในการรักษา</p> <p>๕. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัด หากไม่สามารถจัดการอาการอารมณ์และพฤติกรรมรุนแรงได้ และจำเป็นต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมผูกมัด</p> <p>๖. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาความเครียดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม/ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจากปัญหาโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar) การติดยาและสารเสพติด</p> <p>๗. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้เหมาะสม</p> <p>๘. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดูแลตนเองได้อย่าง</p>	<p>๑. เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ การพักผ่อนภาวะสุขอนามัยของร่างกาย</p> <p>๒. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวชและยาควบคุมอารมณ์ ได้แก่ อาการ EPS และอาการข้างเคียงอื่นๆ ของยาทางจิตเวช</p> <p>๓. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการและอารมณ์ของตนเอง เรียนรู้อาการเบื้องต้นของโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar)</p> <p>๔. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีความตระหนักในการดูแลตนเอง</p> <p>๕. เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p> <p>๖. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบขั้นตอนการบำบัด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม</p> <p>๗. ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาความเครียดอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม/ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจากปัญหาโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar)และการติดยาและสารเสพติด</p> <p>๘. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar) และผลกระทบของการเสพติด ซึ่งอาจนำไปสู่การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมและการกำเริบของอาการโรค</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจากปัญหาการติดยาและสารเสพติด ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง</p> <p>๓. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาความเครียดและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองจากปัญหาการเสพติด ยา และโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) ซึ่งอาจนำไปสู่การกำเริบของอาการโรคและพฤติกรรมเสี่ยง</p> <p>๔. ผู้ป่วยมีการวางแผนการจำหน่าย เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบำบัดของครอบครัว/ เพื่อส่งเสริมการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๕. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar) และการใช้ยาเสพติดร่วม</p> <p>๖. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล</p>

## ๕.๒ สรุปแผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical Pathway)

### การดูแลระยะเฉียบพลัน (ระยะแรกรับ – สัปดาห์ที่ ๒ )

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะบำบัดด้วยยาที่ตีตกเพชร ๑ แรกผู้ป่วยอยู่ในระยะเฉียบพลัน มีอาการเมเนีย (Mania) รุนแรง หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว และพูดทำร้ายผู้อื่น มีความเสี่ยงสูงในการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยหลงผิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้า หรือคนร่ำรวย ต้องได้รับยาฉีดเพื่อสงบอาการทางจิต และมีการจำกัดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยให้ยา Haloperidol หรือ Diazepam (Valium) เพื่อลดอาการทางจิตและควบคุมอารมณ์ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ยังมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อลดการกระตุ้นอาการ และให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เป้าหมายการดูแลในระยะนี้คือลดความรุนแรงของอาการเมเนีย ป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ใช้จ่ายอย่างปลอดภัยและติดตามผลข้างเคียง จัดการกับการเสพติดกัญชา สร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา สนับสนุนทางจิตใจและสังคมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

ผลการดูแลในระยะเฉียบพลันสัปดาห์ที่ ๑ ผู้ป่วยมีอาการเมเนียลดลง สามารถควบคุมตัวเองได้เป็นช่วงๆ ยังมีความคิดหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้าอยู่ ได้รับยา Diazepam และ Haldol รวมทั้งยาฉีด ๗ ครั้ง พร้อมการผูกมัดเพื่อจำกัดพฤติกรรม ไม่เกิดอันตรายจากการใช้ยาและไม่เกิดอาการ EPS (Extrapyramidal Symptoms) ยังไม่มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอื่นๆ สัปดาห์ที่ ๒: อาการเมเนียเริ่มสงบ ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น หงุดหงิดและก้าวร้าวลดลง ไม่มีพฤติกรรมข่มขู่ผู้อื่น แต่ยังโกรธบิดาที่พามาบำบัด ยังหลงผิดว่าตนเองร่ำรวย เริ่มพูดคุยกับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอื่นดีขึ้น รับประทานอาหารกลับบ้านเป็นระยะ ได้รับยาฉีด Diazepam และ Haldol เพิ่มเติม ๒ ครั้ง และการผูกมัดเมื่อควบคุมตัวเองไม่ได้ เริ่มร่วมกิจกรรม เช่น รับประทานอาหารในห้องอาหารและสวดมนต์กับเพื่อน สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดีคืนละ ๔-๕ ชั่วโมง

### การดูแลระยะอาการสงบและอาการคงที่ (stabilization and maintenance phase) (สัปดาห์ที่ ๓-๘ )

สัปดาห์ที่ ๓- ๘ ผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการสงบและคงที่ ไม่มีอาการเมเนียหรือซึมเศร้า สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ดีขึ้น และมีความรู้เกี่ยวกับอาการของตนเองมากขึ้น ความยุ่งยากในระยะนี้คือการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอารมณ์และความเครียด รวมถึงการส่งเสริมแรงจูงใจในการบำบัด ผู้ป่วยยังคงเสี่ยงต่อการกลับไปเสพกัญชาและการกำเริบของอาการจากโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar) การรักษาอารมณ์ให้คงที่และการป้องกันการกำเริบของอาการจึงมีความสำคัญมากการดูแลในระยะนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคจิตและยาควบคุมอารมณ์ มีการสังเกตอาการและอารมณ์อย่างใกล้ชิด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้อาการเบื้องต้นของโรคและได้รับการจิตบำบัด มีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด เช่น การออกกำลังกายและการสวดมนต์ เป้าหมายการบำบัดในระยะนี้ดูแลอาการทางจิตให้สงบ รวมถึงการจัดการกับอาการนอนยาหรือการหยุดเสพยาเสพติด ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ สังเกตและเรียนรู้อาการเบื้องต้นของโรค จัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายความวิตกกังวลและความเครียด ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอาการทุกข์ทรมานจากภาวะขาดยา ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและสารอาหารที่เพียงพอ

ผลการดูแลสัปดาห์ที่ ๓-๘ ผู้ป่วยอาการสงบ ไม่แสดงอาการเมเนียรุนแรง แต่ยังมีอาการหงุดหงิดบ้าง อาการก้าวร้าวลดลง เริ่มพูดคุยกับเพื่อนผู้ป่วยและเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ยังมีความโกรธที่บิดาพามาบำบัดและมีการทะเลาะกับบิดาแต่เมื่อได้รับการพูดคุยและแจ้งปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมีการยอมรับมากขึ้นความรู้สึกโกรธคือองบิดาเริ่มลดลงและเริ่มมีการสื่อสาร มีสัมพันธภาพกับบิดาดีขึ้นตามลำดับ มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่และเพื่อนในหอผู้ป่วยดีขึ้น ในระยะนี้ ผู้ป่วยได้รับการจิตบำบัดและสนับสนุนทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการประเมินแรงจูงใจและพบว่าอยู่ในระยะลังเลใจในการเลิกยาเสพติดและการเข้ารับการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทีมผู้ดูแลใช้เทคนิคการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจูงใจผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตัดสินใจย้ายฟื้นฟูสมรรถภาพในที่สุด

### การดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ(Rehabilitation Phase) (สัปดาห์ที่ ๙-๑๓)

เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะถอนพิษยา ผู้ป่วยได้เข้ารับจูงใจให้เข้ารับการบำบัดในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Phase) ตาม FAST Model ของโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง รวมถึงเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ และรับผิดชอบงานภายในหอผู้ป่วยได้ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับสู่ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระยะเวลาพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้ดำเนินการวางแผนและการประสานงานจากทีมสุขภาพที่จะให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar) และผลกระทบของการเสพกัญชา การป้องกันการเสพซ้ำ การสังเกตอาการเตือนที่เป็นอันตราย และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การสอนทักษะการจัดการอารมณ์ การปฏิเสธ การแก้ปัญหา และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดและการป้องกันการกลับมาเสพกัญชา การสร้างทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองและพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว

การประเมินผลในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่า ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่มีอาการเมเนียร์หรือซึมเศร้า สามารถจัดการกับเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ดีขึ้น และควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและรับผิดชอบงานภายในหอผู้ป่วย เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การซักเสื้อผ้า และสามารถบอกเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในอนาคตได้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้และสุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยวางแผนกลับบ้านและทำงานเป็นพ่อบริการที่ร้านอาหารใกล้บ้าน โดยการประเมินจากคณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านเกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยได้วางแผนการกลับบ้านและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๗ รวมเวลา ๙๓ วัน ในวันจำหน่าย ผู้ป่วยได้นัดหมายครอบครัวมารับ ผู้ศึกษาได้นำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการติดตามการรักษาและนัดพบนักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อประเมินผลการบำบัดและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

นักสังคมสงเคราะห์ได้ประสานนัดหมายให้ผู้ป่วยเข้ามาติดตามการรักษาที่สถาบันต่อเนื่อง และผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านในกรณีมีปัญหาเร่งด่วนหรือวิกฤติฉุกเฉิน

### 3. สรุปผลและวิเคราะห์รายงานกรณีศึกษา

กรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยชายไทย ที่มีประวัติเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar) แล้วเสพกัญชาอย่างหนัก ทำให้เกิดโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar)กำเริบและมีอาการรุนแรง ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว เอะอะไว้วาย ชูจะทำร้ายบิดา และมีอาการหลงผิดคิดว่าเป็นเทพเจ้า เป็นคนร่ำรวย และมีความสามารถเหนือผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ มีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรณีศึกษาได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี (Case Management) ตามขั้นตอน และจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathway) ไว้ ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน, ระยะอาการสงบและคงที่ และระยะฟื้นฟู และกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการดูแลไว้ตามระยะเวลาที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมนสหสาขา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทั้งระยะถอนพิษยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยมีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และได้นำครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน โดยกำหนดให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยวิเคราะห์ปัญหา และร่วมหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยได้มีโอกาสในการเลิกยาเสพติดและสามารถควบคุมอารมณ์ จัดการกับอารมณ์ตนเองได้เหมาะสม

เมื่อสิ้นสุดการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยบอกว่าสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาช่วยทำให้ตนเองมีแนวทางการดำเนินชีวิตมากขึ้น ทำให้ตนเองมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar) และผลกระทบจากการใช้สารเสพติดกัญชา มีการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ครอบครัวมีความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar) และการดูแลเรื่องป้องกันการเสพติดซ้ำ และส่งมอบให้หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ดูแลต่อตามระบบกระบวนการติดตามของโรงพยาบาลต่อไป

## ปัญหาและอุปสรรค

๑. ในช่วงแรกของการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าวรุนแรง หลงผิด และต่อต้านการบำบัดถึงขั้นขู่ทำร้ายผู้อื่น ทำให้ทีมการพยาบาลต้องใช้ความระมัดระวังอย่างมากในการเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงการก่อความรุนแรง ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านอาการทางจิตเพื่อทำให้สงบ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยาจิตซึ่งมีความเสี่ยงสูง โดยต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด และดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

๒. จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar)และการดูแลรักษา รวมถึงการเฝ้าระวังและการสังเกตอาการ ผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความเข้าใจเรื่องผลกระทบจากการเสพกัญชาที่ทำให้อาการโรคอารมณ์สองขั้ว(Bipolar)รุนแรงขึ้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องให้ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการเสพกัญชาซ้ำ รวมถึงการสังเกตความผิดปกติทางอารมณ์เพื่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

๓. ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การประสานงานกับหน่วยงานในชุมชนจึงมีความสำคัญ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขที่ ๓๗ เพื่อติดตามดูแลและส่งต่อปัญหา รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้ข้อมูลกลับเมื่อลงเยี่ยมบ้าน และการวางแผนการดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการติดตามปัญหาการใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดความรุนแรงของอาการทางจิต ดังนั้น พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจำเป็นต้องวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะแรกที่ผู้ป่วยเริ่มกลับไปทำงานในสิ่งแวดล้อมเดิมที่มีความเสี่ยงสูงในการเสพติด

## ข้อเสนอแนะ

๑. การให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีโรคร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว(Bipolar) ต้องประยุกต์องค์ความรู้ทางการพยาบาล ร่วมกับศาสตร์แขนงอื่น ๆ นอกจากบทบาทในการให้ความรู้ การดูแลเรื่องการรับประทานยา การจัดสภาพแวดล้อม การติดตามเยี่ยม ในชุมชนแล้ว พยาบาลควรมีการทบทวนความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำความรู้มาพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยและให้การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมครอบคลุมกับสภาพปัญหา ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการและอาการกลับเป็นซ้ำได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติในสังคม

๒. การพยาบาลผู้เสพติดกัญชาที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว(Bipolar)โดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นการดูแลที่ครอบคลุมและเป็นระบบ โดย Case Manager ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและผู้สนับสนุนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้ การสนับสนุน

ทางจิตใจและสังคม การสร้างแผนการดูแลตนเองที่ครอบคลุมและการติดตามผลอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพจิตและร่างกายได้ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๓. การให้พยาบาลเสพติดกัญชาที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) ในระยะเมเนีย ซึ่งมีความรุนแรงด้านอารมณ์ เสี่ยงต่อการทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้อื่นและผู้ป่วยเอง พยาบาลจะต้องให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยด้วยความแม่นยำ ถูกต้อง ครอบคลุม เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งแก้ไขและลดพฤติกรรมรุนแรงขั้นต้น ให้เป็นไปอย่างรวดเร็ว และถูกต้องที่สุดสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและบุคคลอื่นได้อย่างทันท่วงที การพยาบาลต้องมีการบูรณาการของการรักษาทั้งรักษาการติดสารเสพติดและรักษาความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้น การดูแลจะต้องครอบคลุมปัญหาทั้งทางกาย จิต สังคม ผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดี เพื่อสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ได้รับการฝึกฝนทักษะที่จำเป็น ต่อการป้องกันการติดยาหรือเจ็บป่วยทางจิตเวชซ้ำ รวมทั้งพัฒนาแหล่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อช่วยผู้ป่วยค้นหาวิถีเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และป้องกันการกำเริบของโรคร่วมทางจิตเวช

๔. การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชชนิดอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อรับฟังปัญหาในการปรับตัวของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ทั้งทางด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัดของแพทย์เพื่อช่วยป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การบูรณาการการบำบัดอย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วย ลดการใช้สารเสพติด และคงสภาพอาการทางจิตไม่ให้มีอาการแย่ลง

๕. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่รุนแรง จะสามารถส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาล มีการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่รุนแรงได้อย่างต่อเนื่อง

๖. การศึกษาภาระงานและสัดส่วน เวลาการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่รุนแรงที่มีประสิทธิผล การจัดอัตรากำลังและกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม จะทำให้เกิดความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด



## เอกสารอ้างอิง

ชาญชัย ฆงพานิช.(๒๕๖๒). การบำบัดรักษาผู้ติดกัญชา.วารสารกรมการแพทย์.๔๔(๑):๔๓-๕๔.

ณรงค์ ศิลปศรกาญจนา, นันทา ชัยพิชิตพันธ์ (๒๕๖๓). ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี วารสารกรมการแพทย์. ๔๕(๑): ๑๒-๒๐.

นิตยา ตากวิริยะนันท์.(๒๕๕๘). การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นุชณี เอี่ยมสอาด, ปัทมา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. (๒๕๖๓). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา . ๑๔(๑):๙-๒๒.

บุญศิริ จันศิริมงคล , หทัยรัตน์ สายมาอินทร์ , ยุภา คงกลิ่นสุคนธ์ , จักรพงศ์ โตะหมุด. (๒๕๖๔). อาการจิตเวชที่สัมพันธ์กับผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์.วารสารศรีนครินทร์เวชสาร ๒๕๖๕; ๓๗(๑): ๘๒-๙๒.

ปรัชญาวัชร ปรากฏผล.(๒๕๖๐). พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. ๒๘(๑): ๑๑๒-๑๑.

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๐๑๘;๑๒(๑):๗๑-๙๔.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (๒๕๖๕). สถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ. สืบค้น ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗. จาก <http://www.thanyarak.go.th>

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และณัฐวรรตต์ เอนกวิทย์. การใช้สารสกัดกัญชาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๖๒ ;๔๔(๑):๗-๙.

Gibbs M, Winsper C, Marwaha S, Gilbert E, Broome M, Singh SP. *Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis*. J Affect Disord ๒๐๑๕;๑๗๑:๓๓-๔๗.

Kristin Wason, MSN, AGPCNP, CARN. Boston Medical Center, Boston Source: Alford et al. Arch Intern Med. ๒๐๒๑;๑๗๑:๔๒๕-๔๓๑.

Lev-Ran, S., Roerecke, M., Le Foll, B., George, T. P., McKenzie, K., & Rehm, J. (๒๐๑๔). The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Psychological medicine, ๔๔(๔), ๗๙๗-๘๑๐.

Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes : a systematic review*. Lancet 2009;374(9712):1105-12.

UNDCP.(2020). *World Drug Report* .(2020). New York, United Nations . United Nations Office