

การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

มะลิ แสงผล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

บทคัดย่อ

ชายไทย อายุ ๒๘ ปี สถานภาพ โสด มีประวัติสูบกัญชามา ๔ ปี สูบกัญชามากขึ้นเมื่อประมาณ ๒ ปีที่ผ่านมา สูบทุกวัน วันละ ๔-๕ เขียงต่อวัน สูบครั้งสุดท้าย วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ ปริมาณ ๔ เขียง มีประวัติทำร้ายตนเอง ๓ ครั้ง ผู้ป่วยได้รับยาซึมเศร้าจากโรงพยาบาลระยะยง แต่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อเนื่อง เนื่องจากคิดว่ายาไม่ช่วยให้อาการซึมเศร้าของตนเองดีขึ้น ก่อนมาโรงพยาบาล ๑ สัปดาห์ ผู้ป่วยเสพกัญชา มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนดีคนชั่ว โต้เถียงกัน พูดคุยคนเดียว คิดว่าคนที่คุยด้วยเขาจะรู้ความคิดตนเอง พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้เชือกคล้องผูกคอตนเอง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยะยง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลระยะยง วันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ อาพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการเสพติดกัญชาระยะยงบำบัดรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีหงุดหงิดบางครั้ง มีอาการวิตกกังวล พูดคุยถามตอบตรงคำถาม เดินทรงตัวได้ ปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน มีบาดแผลที่ข้อมือข้างซ้าย (จากการกรีดข้อมือ) รอยแผลแดง มี Discharge ซึมเล็กน้อย ไม่มีอาการปวดหรือบวม ประเมินโรคซึมเศร้า คะแนน ๒Q = ๒ (มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า) คะแนน ๙Q = ๒๐ (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง) คะแนน ๘Q = ๓๑ (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง) ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองมีร่างคนดีคนชั่วอยู่ในตัวเอง สับสน อยู่ไม่นิ่ง ผู้ป่วยได้รับการรักษา ยาในกลุ่ม Antipsychotic drugs, Anticholinergics drugs, Antidepressants (SSRIs) พยาบาลดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาด้านอาการทางจิต ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง จนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีการทำร้ายตนเอง รวมทั้งมีการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการทำจิตบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล ซึ่งใช้เวลาในการสนทนา ๑๒ ครั้ง (On-site, Online) ครั้งละ ประมาณ ๔๕ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิดและอารมณ์ทางลบได้ มีการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดและพฤติกรรมในทางที่ถูกต้องเหมาะสม มีความสุขมากขึ้น ความเครียด ความวิตกกังวล ลดน้อยลง รวมถึงอารมณ์เศร้าลดลงด้วย สามารถป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพกัญชาซ้ำ และมีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านในการที่จะไปเผชิญชีวิตจริงได้ รวมระยะเวลาการบำบัด ๘๘ วัน

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชา, ภาวะซึมเศร้ารุนแรง, การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

Abstract

Thai male, age ๒๘ years and single. About the history of drug and substance abuse in the case study, he has been smoking marijuana for ๔ years, ๒ years ago he smoked more marijuana, smoking every day, ๔-๕ pieces per day, last smoked ๔ pieces on June ๘, ๒๐๒๓. He has a history of self-harm ๓ times and received antidepressant drugs from Rayong Hospital. Still, he doesn't take the medicine continuously Because he thought the medication didn't make his depression better. One week before coming to the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, the patient used marijuana, auditory hallucinations about good people and bad people arguing, talked alone, thought that others knew his thoughts, attempted suicide by using a box rope to hang himself and he received treatment at Rayong Hospital. After he was discharged from Rayong Hospital on July ๕, ๒๐๒๓, the patient's uncle brought him to be treated the drug treatment stage for marijuana addiction at the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. The onset of symptoms was fatigue, irritation sometimes, anxiety, answering questions directly, walking with balance Denies auditory hallucinations and a wound on his left wrist (cutting the wrist). The wound is red, there is a slight discharge and no pain or swelling. Nurses evaluated Depression and Risk of suicide ๒Q = ๒ (likely to be depressed), ๔Q = ๒๐ (severe depression) ๘Q = ๓๑ (severe tendency to commit suicide at present). He thought that there was a good body and an evil body within himself, confused and restless. He received treatment: Antipsychotic drugs, Anticholinergics drugs and Antidepressants (SSRIs). Nurses take care to give medicine and observed for side effects from taking antipsychotic drugs. Assess risk and observed for self-harm until the patient's symptoms improve, no self-harm Including continuous care during the rehabilitation stage. There is psychotherapy with individualized Cognitive Behavior Therapy, which takes ๑๒ conversations (On-site, Online) each time approximately ๔๕ minutes to ๑ hour, allowing the patient to distinguish negative thoughts and emotions. He changed his thoughts and behavior in a correct and appropriate. He has been happier, Stress and anxiety have been reduced. Including a decreased mood of sadness. He can prevent himself from relapsing on marijuana, there is a plan before discharge home about preparation to face real life, total treatment of ๘๘ days.

Keyword: Nursing of cannabis dependence patients, Severe depression, Cognitive Behavioral Therapy

บทนำ

กัญชาเป็นพืชที่มีผลออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เป็นพืชเสพติดที่มีการผลิตและมีผู้บริโภคแพร่หลายมากที่สุดทั่วโลก มีประวัติการใช้และเป็นที่ยอมรับอย่างยาวนานหลายพันปี (นันทา ชัยพิชิตพันธ์, สำเนา นิลบรรพ์, สุกุมมา แสงเดือนฉาย และธัญญา สิงห์โต, ๒๕๖๑ อ้างตาม Booth, ๒๐๑๕) เนื่องจากนำมาใช้เพื่อระงับอาการเจ็บปวดและคลายความวิตกกังวล รวมถึงการใช้กัญชาเพื่อความบันเทิง แต่หากเสพเข้าไปในปริมาณมากๆ จะหลอนประสาท ทำให้เห็นภาพลวงตา หูแว่ว ความคิดสับสน ควบคุมตนเองไม่ได้

จากการศึกษาทางวิจัยพบว่า การใช้กัญชาอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ มีปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคซึมเศร้า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และโรคจิตกกังวลได้ (Gobbi et al., ๒๐๑๘; Hosseini & Oremus, ๒๐๑๙) นอกจากนี้ พบว่า ผู้ที่ใช้กัญชาจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าคนที่ไม่ใช้ประมาณ ๑.๒ เท่า และผู้ที่ใช้กัญชาอย่างหนัก (ใช้บ่อยหรือใช้ประจำ) จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้า มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้หรือใช้เป็นครั้งคราวประมาณ ๑.๖ เท่า (Lev-Ran et al., ๒๐๑๔) และมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าคนไม่ใช้ (Halladay et al., ๒๐๑๙)

จากสถิติ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาบำบัดทั้งหมดในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวน ๔,๑๔๐ ๖,๑๐๖ และ ๗,๑๓๙ ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติด จำนวน ๓๐๖, ๕๓๑ และ ๙๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๓๙, ๘.๗๐ และ ๑๓.๐๘ ตามลำดับ จากสถิติ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเสพยาเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านอารมณ์ และทางจิตร่วมด้วย โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ (สถิติสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, ๒๕๖๗) ผู้ที่เสพยาเสพติดในปริมาณมาก เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสภาพร่างกาย จิตใจ มีความคิดและอารมณ์ที่ผิดปกติไป ทำให้เกิดมีอาการรุนแรงและเป็นอันตรายหรือมีภาวะขาดยาเสพติด มีภาวะซึมเศร้า หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง บางครั้งถึงขั้นทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ดังนั้น จึงควรได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็ว

อย่างไรก็ตามแนวทางในการบำบัดผู้เสพยาเสพติดกัญชาที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงให้มีประสิทธิภาพนั้น การรักษาด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญในช่วงแรก เพื่อช่วยรักษาและบรรเทาอาการต่างๆ ทางร่างกาย ส่วนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพควรใช้ยาในการรักษาควบคู่ไปกับการทำจิตบำบัด หรือการให้การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการหยุดใช้ยาให้ยาวนานขึ้น (National Institute on Drug Abuse [NIDA], ๒๐๒๑) ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) เป็นการบำบัดรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ๒๕๖๓)

ดังนั้นพยาบาลซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงเป็นบุคคลสำคัญในการให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากอาการถอนพิษกัญชา ป้องกันการฆ่าตัวตาย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในช่วงวิกฤต มีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และพัฒนาศักยภาพให้สามารถโต้แย้งความคิดของตนเองปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ และปรับแก้ปัญหาได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเสพยาเสพติดกัญชาได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และปลอดภัยจากภาวะซึมเศร้ารุนแรง รวมทั้งได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ในการลดอาการเศร้า และป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ
๒. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดกัญชาที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย วัยผู้ใหญ่ อายุ ๒๘ ปี ผิวคล้ำ รูปร่างผอมสูง ผมดำสั้น น้ำหนัก ๖๔ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๘๕ เซนติเมตร (BMI=๑๘.๖๙) สถานภาพ โสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา ชั้นปีที่ ๖ ประวัติการเสพยาเสพติด กัญชา เริ่มใช้กัญชาครั้งแรก อายุ ๑๘ ปี โดยวิธีการสูบ ใช้ประมาณ ๕ เดือน

เนื่องจากอยากลอง หลังจากนั้นจึงเลิกสูบบุหรี่ และกลับมาใช้กัญชาอีกครั้งเมื่ออายุ ๒๔ ปี โดยช่วงแรกสูบบุหรี่เพื่อให้ตนเองสบายใจ และลืมผู้หญิงที่ตนเองรัก ผู้ป่วยสูบบุหรี่ต่อเนื่องและเปลี่ยนงานบ่อยจนกระทั่งอายุ ๒๖ ปี ผู้ป่วยสูบบุหรี่มากขึ้น สูบบุหรี่ทุกวัน มีแยกตัว ไม่สามารถทำงานได้ เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่เก่ง ทำอะไรไม่สำเร็จ จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลา ๔ ปี โดยสูบบุหรี่ ๔-๕ เขียงต่อวัน ใช้ครั้งสุดท้ายวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ ปริมาณ ๔ เขียง ก่อนมาโรงพยาบาล ๑ สัปดาห์ ผู้ป่วยเสพกัญชา มีอาการหูแว่วพูดคนเดียว ได้ยินเสียงคนตีคนชว้โต้เถียงกัน คิดว่าคนที่คุยด้วยเขาจะรู้ความคิดตนเอง พยายามฆ่าตัวตายโดยใช้เชือกคล้องผูกคอตนเอง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง หลังออกจากโรงพยาบาลระยองวันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ อาพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยพูดคุยถามตอบตรงคำถาม มีอาการอ่อนเพลีย เดินทรงตัวได้ มีหงุดหงิดบางครั้ง สีหน้าไม่แจ่มใส มีอาการวิตกกังวลเล็กน้อย ปฏิเสธอาการหูแว่ว ภาพหลอน มีบาดแผลที่ข้อมือข้างซ้าย (จากการกรีดข้อมือ) รอยแผลแดง มี Discharge ซึมเล็กน้อย ไม่มีอาการปวดหรือบวม มีประวัติทำร้ายตนเอง ๓ ครั้ง ประเมินโรคซึมเศร้า คะแนน ๒Q = ๒ (มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า) คะแนน ๙Q = ๒๐ (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง) คะแนน ๘Q = ๓๑ (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง) ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองมีร่างคนตี คนชว้อยู่ในตัวเอง ความคิดติดกันในหัว อยู่ไม่นิ่ง ได้รับยา Haloperidol ๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และ Valium ๑๐ มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อลดอาการกระสับกระส่าย ผลการตรวจสารเสพติด พบ THC (กัญชา) ผล Negative แพทย์วินิจฉัยโรค Cannabis dependence induce psychosis with suicidal attempt with MDD (Major depressive disorder): Severe depression

การประเมินสภาพร่างกาย

สภาพทั่วไป : สภาพทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทย วัยผู้ใหญ่ รูปร่างผอมสูง ผิวคล้ำ ผมดำสั้น น้ำหนัก ๖๔ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๘๕ เซนติเมตร (BMI = ๑๘.๖๙ kg/m^๒)

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้ง/นาที การหายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : มีรอยแผลที่ข้อมือข้างซ้าย สุขภาพผิวหนังมีความชุ่มชื้น ยืดหยุ่น ไม่พบรอยข้ำ จำเลือดตามผิวหนัง

ศีรษะ : ลักษณะของศีรษะเป็นปกติ สมมาตร คลำไม่มีก้อน ไม่มีบาดแผล ผมสีดำสั้น หนึ่งศีรษะ สะอาด ไม่พบรังแค หนึ่งศีรษะชุ่มชื้น

ใบหน้า : ใบหน้าไม่มีบิดเบี้ยว บริเวณใบหน้าไม่มีบาดแผล คลำบริเวณใบหน้าไม่พบก้อน คิ้วทั้ง ๒ ข้าง สมมาตร ขนคิ้วเป็นระเบียบ

ทรวงอกและปอด : หน้าอกอยู่ในระดับเดียวกัน สมส่วน ขณะหายใจเข้ามีการขยายของอกเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง ปฏิเสธอาการเจ็บหน้าอก

กระดุกและกล้ามเนื้อ : ไม่มีอวัยวะผิดปกติ หรือข้อบวม การเดินปกติ

การประเมินสภาพจิต (วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

Orientation : - การรับรู้ปกติ

Mood & Affect : - Mood ผู้ป่วยจะอยู่ในอารมณ์เศร้า คิดในเรื่องเก่าๆ เดิมๆ ว่าตนเองไม่มีคุณค่า สีหน้าเรียบเฉย แต่ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว
- Affect ภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยเวลาพูดคุยสอดคล้องกับเหตุการณ์

Thought Process : - รูปแบบการคิด ผู้ป่วยมีความคิดไม่สมเหตุสมผลเนื่องจากเวลาเครียด มีปัญหาจะเก็บไว้คนเดียว ชอบทำตามอารมณ์ของตนเองเป็นหลัก

- ความไวของการคิด ผู้ป่วยมีความคิดช้า ตอบคำถามช้าบ้างบางครั้ง
- การใช้ภาษา ผู้ป่วยใช้ภาษาที่ตรงไปตรงมา สัมพันธ์และสอดคล้องกันดี

Insight & Judgment : - การประเมิน Insight จากการพูดคุยสอบถาม ผู้ป่วยรับรู้ ตระหนักในปัญหาของตนเองว่าเสพกัญชา และรับรู้ว่าคุณต้องรับประทานยาต่อเนื่อง

Cognition : - การทดสอบ Sensorium จากการสอบถามผู้ป่วยสามารถบอกวันที่ เวลาและสถานที่ได้ถูกต้อง การประเมินระดับสติปัญญาทั่วไป (Intellectual capacity) ทดสอบ Current events โดยให้ผู้ป่วยบอกว่าธงชาติไทยมีกี่สี ผู้ป่วยตอบได้ถูกต้อง การทดสอบความสามารถทางการคำนวณ โดยบอกให้ผู้ป่วยเอา ๓ ลบจาก ๒๐ ไปเรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้

ประเมินโรคซึมเศร้า (๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

คะแนน ๒Q = ๒ คะแนน (มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า)

คะแนน ๙Q = ๒๐ คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง)

คะแนน ๘Q = ๓๑ คะแนน (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง)

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา เมื่อวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เนื่องจากเสพติดกัญชา และมีประวัติทำร้ายตนเอง ๓ ครั้ง มีอาการอ่อนเพลีย มีอาการหงุดหงิดบางครั้ง สีหน้าไม่แจ่มใส มีอาการวิตกกังวล แยกตัว เดินทรงตัวได้ดี พูดคุยถามตอบตรงคำถาม ปฏิเสธอาการหูแว่วภาพหลอน มีบาดแผลที่ข้อมือข้างซ้าย (จากการทำร้ายตนเอง โดยกรีดข้อมือ) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง ตัดไหมเมื่อวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ บาดแผลมี Discharge ซึม รอยแผลแดง ไม่มีอาการปวดหรือบวม หลังออกจากโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาที่ สบยช. ผู้ป่วยมีความคิดว่าตนเองมีร่างคนดี คนช่วยอยู่ในตัวเอง ความคิดตึกันในหัว อยู่ไม่นิ่ง จึงให้ยา Haloperidol ๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และ Valium ๑๐ มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อลดอาการกระสับกระส่าย สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ม่านตาขยาย ๒ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสง ทั้ง ๒ ข้าง แพทย์พิจารณาให้บำบัดรักษาอาการถอนกัญชาและภาวะซึมเศร้าให้ดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษา ยาในกลุ่ม Antipsychotic drug, Anticholinergics drugs, Antidepressants (SSRIs) พยาบาลดูแลให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง จนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไม่มีการทำร้ายตนเอง แต่ผู้ป่วยยังมีความคิดวนเวียนเรื่องเดิมๆ มีความคิดเสมอว่าตนเองไม่เก่งเท่าพี่น้อง ทำอะไรไม่สำเร็จ พยาบาลพูดคุยให้กำลังใจ และวางแผนให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงได้มีการประเมินเพื่อย้ายผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษาต่อในตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมผู้ป่วยบำบัดรักษาในระยะบำบัดด้วยยา ๒๒ วัน

ผู้ป่วยย้ายมาฟื้นฟูสมรรถภาพ แรกเริ่มผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่องดี ถามตอบตรงคำถาม ยังมีอารมณ์เศร้า และมีความคิดด้านลบ คิดวนเวียนเรื่องผู้หญิงที่ตนเองรักไปมีคนอื่น คิดว่าตนเองไม่เก่งเท่าพี่น้อง ทำอะไรไม่สำเร็จ มีความคิดอยากบวชตลอดชีวิต แต่ถ้าบวชพระตลอด คิดว่าเป็นคนไม่ดี เนื่องจากไม่มีคนสืบสกุล มีการทำจิตบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบรายบุคคล ซึ่งใช้เวลาในการสนทนา ๑๒ ครั้ง (On site, On line) ครั้งละประมาณ ๔๕ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง รวมผู้ป่วยรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ๖๖ วัน ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาลรวม ๘๘ วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๑ เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drugs)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการง่วงนอนมาก สลึมสลือ มึนงง ปากแห้ง คอแห้ง”

O : ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Antipsychotic drugs ได้แก่

- Risperidal (๒ mg) ๑x๑ oral hs
- Risperidal (๑ mg) ๑x๑ oral pc เข้า
- Quantia (๒๕ mg) ๑x๑ oral hs
- Depakine (๕๐๐ mg) ๑x๑ oral hs
- Haloperidol ๕ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และ Valium ๑๐ มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เพื่อลด

พฤติกรรมกระสับกระส่าย วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๕.๒๕ น. at ward เพชร ๒

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drugs)

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drugs)

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินสภาพร่างกาย ระดับความรู้สึกตัว และสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต เช่น อาการ Extrapyrimal Symptom (EPS) และติดตามวัดสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับยาต้านอาการทางจิต

๒. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง คอแห้ง ตัวแข็ง น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก ตาพร่ามัว ใจสั่น ตาลาย มึนงง เดินเซ ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ง่วงนอนมาก หรือหลับมาก หากพบว่ามีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทราบทันที เพื่อการดูแลรักษาต่อไป

๓. ดูแลผู้ป่วยระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ หลีกเลี่ยงการก้ม-เงยศีรษะบ่อยๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก Postural hypotension เช่น การหกล้ม และได้รับบาดเจ็บ

๔. ผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง คอแห้ง แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ และใช้วาสลินทาปาก อมน้ำแข็งหรือลูกอมเพื่อบรรเทาอาการ

๕. ดูแลให้รับประทานยา Artane (๒ mg) ๑x๑ oral pc เข้า ตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันอาการ Extrapyrimal Symptom (EPS)

๖. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาร่วมกับยาลดกรด (antacids) เนื่องจากจะลดการดูดซึมยาในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา

๗. ประสานกับฝ่ายโภชนาการให้จัดอาหารที่มีกากใยสูง ดูแลให้ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว เพื่อป้องกันอาการท้องผูก ถ้ายังมีอาการท้องผูกให้แจ้งพยาบาลทราบทันที เพื่อการดูแลรักษาต่อไป

๘. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง อากาศถ่ายเทสะดวก ปราศจากสิ่งกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

๙. บันทึกและติดตามอาการต่อเนื่อง

การประเมินผล (๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

อาการง่วงนอน สลิมสลิ้อ ปากแห้ง คอแห้ง ดีขึ้น และผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างบำบัดรักษา ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotic drugs) สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้เอง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ความดันโลหิต ๑๒๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๙๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๒ ไม่สุขสบายจากภาวะขาดนิโคติน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการอยากสูบบุหรี่”

O : ผู้ป่วยสูบบุหรี่ทุกวัน วันละ ๕-๖ มวน เป็นระยะเวลา ๑๐ ปี

O : คะแนนระดับการติดยาโคติน = ๓ คะแนน

O : คะแนนอาการถอนนิโคติน (MNWS) = ๑๒ คะแนน

วัตถุประสงค์

เพื่อลดระดับความรุนแรงของอาการถอนนิโคติน

เกณฑ์การประเมินผล

อาการถอนนิโคตินลดลงหรือหมดไป

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สังเกตและประเมินอาการขาดนิโคติน เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย
๒. ให้ข้อมูลว่าโรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย แนะนำให้ลด ละ เลิกบุหรี่เพื่อสุขภาพ หากเลิกบุหรี่ได้จะเป็นการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ
๓. ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้ตามกระบวนการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ (๕A ๕R)
๔. อธิบายวิธีการจัดการกับความอยากบุหรี่ (๕D) เช่น ดื่มน้ำมากๆ อาบน้ำ อมลูกอมหรือผลไม้รสเปรี้ยว หากิจกรรมทำ หรือการพูดคุยกับเพื่อน เป็นต้น เพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่
๕. จัดน้ำยามอดบุหรี่ และแนะนำให้อมน้ำยา ๓-๕ นาที แล้วบ้วนทิ้ง ไม่ให้กลืน เมื่อมีอาการอยากสูบบุหรี่อีกสามารถอมน้ำยาซ้ำได้
๖. จัดมะนาวหั่นเป็นชิ้นให้ผู้ป่วยเคี้ยวหลังมื้ออาหาร แล้วดื่มน้ำตามเพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่
๗. ดูแลให้รักษาความสะอาดในช่องปากและฟัน โดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี ให้ช่องปากสะอาด เพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่
๘. รายงานแพทย์พิจารณาให้การรักษาอาการอยากสูบบุหรี่ของผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน
๙. ดูแลให้ Nicotine gum เคี้ยวช้าๆ ในปาก ๑-๒ เม็ด จนเกิดรสซ่า และแปะไว้ที่กระพุ้งแก้ม เพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่

๑๐. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากสูบบุหรี่

๑๑. บันทึกและติดตามอาการต่อเนื่อง

การประเมินผล (๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

๑. ผู้ป่วยมีอาการอยากสูบบุหรี่ลดลง ไม่มีหงุดหงิด

๒. คะแนนอาการถอนนิโคติน (MNWS=๑๑ คะแนน วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๓ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยคิดว่า “ตนเองเป็นคนไม่เก่ง” “ไม่มีศักยภาพเท่าพี่น้องคนอื่น” “ตนเองไม่มีคุณค่า”

O : มีประวัติทำร้ายตนเอง ๓ ครั้ง ดังนี้

- ปี ๒๕๖๕ ผู้ป่วยใช้มีดบาดคอตนเองและแทงไปที่หน้าอก ฉีดยาฆ่าตัวตาย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง เป็นระยะเวลา ๑ สัปดาห์

- มิถุนายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยใช้มีดกรีดข้อมือด้านซ้ายของตนเอง เป็นบาดแผลลึก อานำส่งโรงพยาบาลระยอง แพทย์เย็บแผลที่ข้อมือประมาณ ๑๐ เข็ม และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง เป็นระยะเวลา ๑ สัปดาห์

- กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยใช้เชือกคล้องผูกคอตนเอง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖

O : ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า สีหน้าไม่สดชื่น มีพฤติกรรมเก็บตัว มีความคิดวนเวียนเรื่องเดิมๆ

O : ประเมินภาวะซึมเศร้า

คะแนน ๙Q = ๒๐ (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง)

คะแนน ๘Q = ๓๑ (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง)

ผลประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด (DASS -๒๑) ดังนี้ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้า ได้ ๑๓ คะแนน (ระดับรุนแรง) คะแนนภาวะวิตกกังวล ได้ ๖ คะแนน (ระดับปานกลาง) และคะแนนความเครียด ได้ ๙ คะแนน (ระดับเล็กน้อย)

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยไม่มีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล

๒. ผลประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด (DASS-๒๑) ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

๑. ประเมินอาการ ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง จากสีหน้า คำพูด ความคิด ความรู้สึก ท่าทาง การกระทำ และสถานการณ์สิ่งแวดล้อม บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงไว้ในแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีคำเตือน “ระวังผู้ป่วยทำร้ายตนเอง” ไว้ชัดเจนที่หน้า Chart เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

๒. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเอง จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วยโดยไม่โต้แย้งและควรจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัวไม่มีบุคคลอื่นรบกวนขณะพูดคุยกับผู้ป่วย

๔. ดูแลให้ได้รับประทานยา Nortriptyline (๒๕ mg) ๑x๑ oral hs และ Fluoxetine (๒๐ mg) ๑x๑ oral pc เข้า ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษาภาวะซึมเศร้า

๕. จัดเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจนำมาใช้ในการทำร้ายตนเอง จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

๖. ให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

๗. สังเกตอาการ เมื่อพบท่าทางผิดปกติ อยู่ไม่ติดที่ และถามความรู้สึกผู้ป่วยในขณะนั้น เพื่อหาสาเหตุลดความกลัว ความกังวล

๘. เผื่อระวังการทำร้ายตนเองต่อเนื่อง

๙. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเอง และเป้าหมายของชีวิต จากการแสดงออกทางสีหน้า แววตา คำพูด น้ำเสียง

๑๐. พุดคุย ให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความรู้สึก ความคิดที่เกิดขึ้นกับเรื่องราวต่างๆ รวมทั้งเหตุผลของ ความคิดอัตโนมัติทางด้านลบที่มีต่อตนเองด้วยการฟังอย่างตั้งใจ และเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น

๑๑. พุดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยตามกระบวนการจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยการสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักเรื่องราวในชีวิตของผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจปัญหาต่างๆ แนะนำให้รู้จักการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายของการบำบัดรักษาครั้งนี้ (CBT ครั้งที่ ๑) มีการตั้งคำถาม (Socratic questioning) ด้วยคำถามที่ชวนให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดที่วนเวียนเรื่องเดิมๆ ที่ทำให้ตนเองเศร้า (CBT ครั้งที่ ๒ และครั้งที่ ๓) ซึ่งทำให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจความคิดอัตโนมัติทางด้านลบที่เกิดขึ้นว่ามีความสัมพันธ์กับอารมณ์/ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกายที่ทำให้ตนเองมีอาการเศร้า ซึ่งเวลาเศร้าเรื่องผู้หญิงหรือเรื่องชีวิต ผู้ป่วยจะชอบฟังเพลงและร้องเพลงเศร้า ทำให้ความรู้สึกเศร้าลง จึงให้ผู้ป่วยได้ทดลองหากิจกรรมใหม่ เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมไม่ให้คิดเรื่องที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ให้ตนเองมีการเคลื่อนไหว มีพลังกำลัง ลดความเฉื่อยชา มีอารมณ์ดีขึ้น ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดลบของตนเอง

๑๒. สอนให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ (Negative automatic thought) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยทันที ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบว่า ความคิดนั้นเป็นจริงไหม แต่กลับเป็นความคิดที่ส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิต ดังนั้นเมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติทางด้านลบขึ้น ไม่ควรที่จะปักใจเชื่อความคิดนั้นทันที ควรพิสูจน์ หรือตรวจสอบความคิดนี้ก่อนว่าเป็นความจริงไหม หรือเป็นความคิดที่มีประโยชน์หรือเปล่า โดยการมอบหมายงานให้ผู้ป่วยฝึกทำ

๑๓. สอนเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกกำหนดลมหายใจ เข้าออกซ้ำๆ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกกังวลหรือเครียด

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้ค้นหาและรู้จักความคิดอัตโนมัติทางด้านลบของตนเองที่นำไปสู่อารมณ์เศร้า และการทำร้ายตนเอง โดยเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์กันในรูปแบบปฏิสัมพันธ์ (Interaction model) ความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาทางร่างกาย และพฤติกรรม ผู้ป่วยแยกแยะได้ว่าความคิด และอารมณ์ทางด้านลบเกิดขึ้น สามารถโต้แย้งความคิดของตนเองได้มากขึ้น มีมุมมองใหม่ๆ เกิดขึ้น ได้ประเมิน ตรวจสอบ หรือพิสูจน์ความคิดดังกล่าว รวมทั้งได้ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ หรือปรับแก้ปัญหาได้มากขึ้น และได้ทบทวนหากิจกรรมใหม่ๆ ที่หลากหลายวิธี เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมของตนเองไม่ให้คิดเรื่องที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และทดลองลงมือทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้ป่วยไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ผลประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด (DASS-๒๑) ลดลง ดังนี้ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้า ได้ ๒ คะแนน (ปกติ) คะแนนภาวะวิตกกังวล ได้ ๑ คะแนน (ปกติ) และคะแนนความเครียด ได้ ๑ คะแนน (ปกติ)

(หมายเหตุ ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลในข้อนี้เป็นไปตามการพุดคุยรูปแบบ CBT ครั้งที่ ๑, ๒ และ ๓)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๔ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ตนเองเป็นคนไม่เก่ง” “ไม่มีศักยภาพเท่าพี่น้องคนอื่น” “ตนเองไม่มีคุณค่า”

O : ผู้ป่วยมีอาการเศร้า สีหน้าไม่สดชื่น มีพฤติกรรมเก็บตัว มีความคิดวนเวียนเรื่องเดิมๆ

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น
2. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเอง จนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินทัศนคติ การรับรู้คุณค่าของตนเอง และเป้าหมายของชีวิต จากการแสดงออกทางสีหน้า แววตา คำพูด น้ำเสียง

3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยเล่าถึงความรู้สึก ความคิดที่เกิดขึ้นกับเรื่องราวต่างๆ รวมทั้งเหตุผลของความคิดอัตโนมัติทางด้านลบที่มีต่อตนเองด้วยการฟังอย่างตั้งใจ และเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น

4. พูดคุยให้คำปรึกษากับผู้ป่วยตามกระบวนการจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการปรับความคิด และใช้ Pie chart technique เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจความคิดของตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ถึงความคิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่มีศักยภาพเท่าพี่น้องคนอื่น ทำอะไรไม่สำเร็จ (CBT ครั้งที่ 4) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้คิดถึงสาเหตุต่างๆ ที่เป็นไปได้อย่างมีเหตุผล มีความคิดมุมมอง หลากหลายมากขึ้น ไม่ยึดติดอยู่กับความคิดอัตโนมัติทางด้านลบที่ทำให้ตนเองรู้สึกด้อยคุณค่า ไม่มีความหมาย ไม่มีความสำคัญ แล้วจึงค่อยๆ ตั้งคำถามชวนคิด ชวนมอง (Guide discovery) ให้ตรวจสอบความคิดว่า การที่คิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่มีศักยภาพเท่าพี่น้องคนอื่น ทำอะไรไม่สำเร็จนั้นเป็นจริงไหม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดของตนเอง ค้นหาศักยภาพในตนเอง และเสริมสร้างพลังในการดูแลตนเอง

5. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อตนเอง (Modified thoughts) ไปสู่อาคต สร้างความมั่นใจในตนเอง ดึงศักยภาพที่มีของตนเองกลับคืนมา ให้อยู่กับปัจจุบัน ความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และค่อยๆ สร้างกำลังใจ สร้างแรงจูงใจ ให้กลับคืนมา

6. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีมุมมอง ความคิด ทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รู้จักให้อภัยตนเอง ให้อภัยผู้อื่น ให้ค้นหา และมองเห็นความสำเร็จของตนเองในอดีต ให้เล่าถึงความภาคภูมิใจที่ผ่านมา และให้กำลังใจ ให้คำชมเชย

7. ส่งเสริมผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ และมอบหมายงานให้ทำ ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น

8. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกการสำรวจความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ ทำการพิสูจน์และปรับเปลี่ยนความคิด ถ้าความคิดนั้นไม่ถูกต้องหรือไม่มีประโยชน์ โดยการมอบหมายงานให้ผู้ป่วยฝึกทำ

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รู้จักความคิดอัตโนมัติทางด้านลบของตนเองที่นำไปสู่อารมณ์เศร้า หรือการด้อยค่าตนเอง โดยเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์กันในรูปแบบปฏิสัมพันธ์ (Interaction model) ความคิด อารมณ์ ปฏิกริยาทางร่างกาย และพฤติกรรม ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิด และอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น และสามารถโต้แย้ง ความคิดของตนเองได้มากขึ้น รวมทั้งได้ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ หรือปรับแก้ปัญหาได้มากขึ้น การบำบัดในครั้งนี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักตัวเองมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และมีความสามารถ เช่น การตอกเส้น เล่นกีตาร์ ร้องเพลง การตอนและชำต้นไม้ขาย มีพ่อ อา และลูกพี่ลูกน้องที่รักตนเอง และคอยดูแลช่วยเหลือตนเอง (หมายเหตุ ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลในข้อนี้เป็นไปตามการพูดคุยรูปแบบ CBT ครั้งที่ 4)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 บกพร่องในการเผชิญความเครียด

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่ามีความวิตกกังวล คิดวนเวียนเรื่องเดิมๆกับปัญหาของตนเอง
- S : ผู้ป่วยบอกว่าเวลาเครียดๆ ก็ไปสูบบุหรี่ เพื่อให้อารมณ์ตัวเองดีขึ้น
- O : ผู้ป่วยมีสีหน้าครุ่นคิด วิตกกังวล พูดน้อย มีบุคลิกภาพเก็บตัว แยกตัว ไม่เข้าสังคม

○ : ผู้ป่วยมีประวัติฆ่าตัวตาย ๓ ครั้ง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีความคิดวนเวียนเรื่องผู้หญิงที่ตนเองชอบ แต่ไม่กล้าบอกความรู้สึก และคิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่มีศักยภาพเท่าพี่น้องคนอื่น ทำอะไรไม่สำเร็จ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

๒. คะแนนประเมิน DASS-๒๑ ลดลง

กิจกรรมพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยความเข้าใจ จริงใจ และเป็นกันเอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

๒. ประเมินอารมณ์ความรู้สึกไม่สบายใจ (Evaluate emotion) และระดับความไม่สบายใจของผู้ป่วย (Rating emotion) และสอบถามปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้น

๓. พุดคุยให้คำปรึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมด้วยการตั้งคำถาม (Socratic questioning) ด้วยคำถามที่ชวนให้ผู้ป่วยตรวจสอบ หรือประเมินเรื่องความคิดที่อยากบวชแต่มีความกังวลว่าบิดากับอาจะไม่ให้บวชเป็นอย่างไร และตัวผู้ป่วยเป็นอย่างไร ซึ่งผู้ป่วยกังวล คิดว่าตนเองจะเป็นคนไม่ดีถ้าบวชตลอดชีวิต เมื่อตรวจสอบแล้วพบว่า ตัวเองต้องเริ่มปรับความเข้าใจกับบิดาและอา โนม่น้าวบิดาและอา หรือขอให้ลูกพี่ลูกน้อง ช่วยคุยกับบิดาและอาเรื่องการบวช และตรวจสอบความคิด ในเรื่องความรู้สึกไม่ดีต่อศาสนา ความรู้สึกห่วงบิดา ความกังวลว่าตนเองจะทำได้หรือไม่ เนื่องจากมีหลวงพี่ที่นับถือชวนบวชพระ ความกังวลที่ยังจำบทสวดไม่ได้ และกังวลเรื่องเณรที่คอยดูแลค่อนข้างดี เพื่อตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา และร่วมคิดหาทางออกในการแก้ปัญหาให้หลากหลายวิธี มีการปรับความคิดใหม่ตามความเป็นจริง และลองนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

๔. สอนให้ผู้ป่วยรู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบ (Negative automatic thought) ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยทันที ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบว่า ความคิดนั้นเป็นจริงไหม แต่กลับเป็นความคิดที่ส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิต ดังนั้นเมื่อเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบขึ้น ไม่ควรที่จะปักใจเชื่อความคิดนั้นทันที ควรพิสูจน์ หรือตรวจสอบความคิดนี้ก่อนว่าเป็นความจริงไหม หรือเป็นความคิดที่มีประโยชน์หรือเปล่า

๕. สอนเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ด้วยวิธีการฝึกกำหนดลมหายใจ เข้าออกช้าๆ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกกังวล หรือเครียด

๖. พุดคุยสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยเคยประสบมา วิธีจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา และร่วมกันคิดวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ รวมทั้งทักษะการแก้ปัญหา

๗. จัดกิจกรรมคลายความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ดนตรี เกม และร่วมกิจกรรมนันทนาการอื่นๆ

๘. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการสถานการณ์ความเครียด และใช้ทักษะต่างๆที่เรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม

๙. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยา

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมได้ โดยจะหากิจกรรมที่ชอบทำ เช่น เล่นดนตรี เล่นกีฬา หรือถ้าไม่สบายใจ/คับข้องใจมากจะขอพุดคุย และรับคำปรึกษาจากพยาบาล

๒. จากการสนทนาบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วย ประเมินระดับความเครียดลดลงจาก ๙ เต็ม ๑๐ เหลือ ๓ เต็ม ๑๐

๓. ผลประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด (DASS-๒๑) Session ๑๑ (วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๖) ลดลง ดังนี้ คะแนนภาวะซึมเศร้า ได้ ๒ คะแนน (ปกติ) คะแนนภาวะวิตกกังวล ได้ ๑ คะแนน (ปกติ) และคะแนนความเครียด ได้ ๑ คะแนน (ปกติ)

(หมายเหตุ ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลในข้อนี้เป็นไปตามการพุดคุยรูปแบบ CBT ครั้งที่ ๕-๑๑)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ ๖ มีความบกพร่องด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน

○ : บิดา มารดา แยกกันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุยังน้อย มารดามีครอบครัวใหม่ ผู้ป่วยอยู่กับมารดาจนถึงอายุ ๖ ขวบ มารดามีบุตรใหม่ บิดาจึงมาขอให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่กับตนเอง หลังจากนั้นก็ไม่เคยติดต่อกับมารดาอีกเลย

○ : ผู้ป่วยอยู่กับย่า และอา รักอาเสมือนเป็นแม่ของตนเอง จะไม่ค่อยได้อยู่กับบิดา เนื่องจากบิดาบวชเป็นพระ ปัจจุบันบิดาอยู่กับภรรยาใหม่

○ : ผู้ป่วยพูดน้อย มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว แยกตัวไม่เข้าสังคม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและครอบครัวดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยเน้นการให้กำลังใจ เห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วย
๒. แนะนำให้รู้จักกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน โดยเริ่มจากบุคคลที่ผู้ป่วยชอบหรือมีนิสัยคล้ายกันและมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยจดชื่อพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน
๓. กระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดร่วมกับผู้ป่วยอื่น
๔. ประสานอาและลูกของอาให้มาเยี่ยมผู้ป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง หรือโทรศัพท์มาพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย
๕. ประเมินสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัวและปฏิสัมพันธ์การมีส่วนร่วมของครอบครัว
๖. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวเน้นความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
๗. พยาบาลเป็นผู้เชื่อมความสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวในระยะเริ่มต้น หลังจากนั้นคอยดูอยู่ห่างๆ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
๘. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุน เป็นกำลังใจในการบำบัดรักษาของผู้ป่วย
๙. แนะนำการปฏิบัติตัว ให้ความรู้ และเสริมสร้างทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
๑๐. ให้ความรู้กับครอบครัว ในเรื่องบทบาทการทำหน้าที่ของครอบครัว การยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย
๑๑. ครอบครัวรับฟังคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่ตำหนิและให้คำชื่นชมให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำได้ดี
๑๒. บันทึกและติดตามอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

มีสมาชิกในครอบครัวคือ อา และลูกของอา มาเยี่ยมผู้ป่วยและพูดคุยให้กำลังใจ มีส่วนร่วม ในการบำบัดของผู้ป่วย ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นแจ่มใสมากขึ้นหลังจากญาติมาเยี่ยม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ ๗ เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาที่เกิดอารมณ์เศร้า เสียใจ จะสูบกัญชา เพื่อให้สบายใจ และลืมปัญหา”

○ : ขาดทักษะในการแก้ปัญหาและจัดการความเครียด

○ : ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเก็บตัว แยกตัว ไม่เข้าสังคม เวลาเกิดปัญหา จะสูบกัญชาเพื่อลืมปัญหา

○ : ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการกลับไปติดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยโต้แย้งความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองได้ รวมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ หรือปรับแก้ปัญหาได้
2. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการเผชิญและแก้ไขปัญหาของตนเองได้

กิจกรรมพยาบาล

๑. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการสังเกต พูดคุยเรื่องอารมณ์เศร้า และความคิดด้านลบที่ไม่สามารถจัด
ได้ และการวางแผนเป้าหมายในการหยุดเสพกัญชา

๒. พูดคุยให้คำปรึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำ โดยการตั้งคำถามเพื่อ
นำไปสู่เหตุการณ์/สถานการณ์เสี่ยงสูงที่จะเป็นตัวกระตุ้นภายนอก และตัวกระตุ้นภายในที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไป
เสพซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยรู้จัก จดจำตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ชวนให้ผู้ป่วยทบทวน ค้นหาอารมณ์ความรู้สึก
ความคิดที่มีต่อตัวกระตุ้นเหล่านั้นว่าเป็นอย่างไร จึงนำไปสู่การเสพซ้ำ ฝึกให้ผู้ป่วยตรวจสอบความคิดของ
ตนเอง (Testing cognitive) การจัดการกับตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายใน สามารถคิดพิจารณาปัญหาที่
เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ สมเหตุสมผล

๓. ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อฝึกทักษะป้องกันการเสพซ้ำตามโปรแกรมการบำบัด ได้แก่ ทักษะการ
สำรวจตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้น ทักษะการเผชิญ
ความเครียด การจัดการกับความเครียด และการตั้งเป้าหมาย เพื่อฝึกทักษะให้เกิดความชำนาญมากยิ่งขึ้น

๔. สอน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดซ้ำ โดยใช้วิธี จดจำ (Recognize)
หลีกเลี่ยง (Avoid) และจัดการ (Coping) คือให้ผู้ป่วยรู้ และจดจำตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อตัวเองคืออะไร เมื่อ
คาดการณ์ว่าจะต้องไปอยู่ในสถานการณ์/เหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ให้หลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์นั้นก่อน
เพราะจะปลอดภัยกว่า ควบคุมตนเองได้ดีกว่าการเผชิญหน้าอยู่กับตัวกระตุ้น และถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ให้
เผชิญหน้าอย่างมีสติ ให้ใช้ทักษะการปฏิเสธ การแก้ปัญหา ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติที่มีต่อตัวกระตุ้น การ
ผ่อนคลาย และทักษะต่างๆในการป้องกันการเสพซ้ำ ๕. ให้ครอบครัวร่วมวางแผนการบำบัดฟื้นฟู ให้ความรู้ใน
การดูแลผู้ป่วยขณะบำบัดรักษาและเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัว

๖. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยารักษาภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็น
ซ้ำของภาวะซึมเศร้า

๗. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อการทำร้าย
ตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

๘. ส่งเสริม ให้กำลังใจ ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานที่รับมอบหมายได้สำเร็จ และสามารถ
จัดการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสมตามสถานการณ์

๙. วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านร่วมกับครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อ
ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยจะอยู่กับอา หลูกของอา และวางแผนจะบวชพระ

การประเมินผล

๑. ผู้ป่วยบอกเป้าหมายในชีวิต ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจนที่จะบวชต่อเนื่อง จะเรียนด้านศาสนา และช่วย
ตอกเส้นให้พระรูปปั้นที่ปวดตามร่างกาย โดยบอกว่ามี的信心ในการดูแลตนเอง

๒. ผู้ป่วยสามารถบอกตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อการเสพกัญชาของตนเองได้ ซึ่งตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่
ความคิดของตนเองทางลบ ความรู้สึกหงา เสียใจ ผิดหวัง เศร้า รวมทั้งสามารถบอกวิธีการปรับเปลี่ยนความคิด
การโต้แย้งความคิดของตนเองเมื่อมีความคิดลบต่อตัวเองและการจัดการกับความรู้สึก/อารมณ์ทางลบวิธีการ
จัดการกับตัวกระตุ้นได้

๓. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการแก้ปัญหา และสามารถบอกวิธีการในการป้องกันการติดเชื้อได้ว่าต้องจดจำว่าตัวกระตุ้นคืออะไร หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่คาดว่าจะพบก่อน และใช้ทักษะต่างๆในการเผชิญกับตัวกระตุ้น

การติดตามผู้ป่วย

ติดตามผู้ป่วยหลังจากการจำหน่าย ๓ เดือน ผู้ป่วยมาติดตามต่อเรื่องที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เดินทางมาพร้อมเอา ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยโต้ตอบตรงคำถาม ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าตนเองมีความคิดและมุมมองการคิดที่ปรับเปลี่ยนไปมาก และเข้าใจสิ่งต่างๆมากขึ้น สามารถที่จะนำสิ่งที่เรียนรู้มาใช้ประโยชน์ สามารถปรับความคิดใน ๓ เรื่องที่เป็นปัญหาได้แก่ ๑) มีความคิดวณเวียนและเห็นภาพผู้หญิงที่รักมากทำงานด้วยกันเกือบ ๒ ปี แต่ไม่กล้าบอกความรู้สึก แล้ววันหนึ่งผู้หญิงไปมีคนอื่นทำให้ผู้ป่วยหมดหวัง เศร้า พยายามฆ่าตัวตาย ๒) ผู้ป่วยคิดเสมอว่าตนเองไม่เก่ง ไม่มีศักยภาพเท่าพี่น้องคนอื่น ทำอะไรไม่สำเร็จ ๓) ผู้ป่วยมีความคิดอยากบวชตลอดชีวิต แต่กังวลว่าบิดาและอาจะไม่ให้บวช ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ถ้าบวชพระตลอดชีวิต เนื่องจากไม่มีคนสืบสกุล ซึ่งผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า ในด้านอารมณ์เศร้าแทบไม่มี หรือถ้าบางครั้งคิดขึ้นมาอาจจะจะมีคะแนนอารมณ์เศร้า ๑-๒ คะแนน แต่ผู้ป่วยบอกว่าสามารถจัดการปรับความคิดและแก้ไขปัญหาได้ ปัจจุบันผู้ป่วยบวชพระ ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจนที่จะบวชตลอดไป จะศึกษาด้านศาสนา มีความภาคภูมิใจที่สามารถนำความรู้ ความสามารถในเรื่องการตอกเส้นมาสอนพระที่วัดที่สนใจ และก็ช่วยเหลือในการตอกเส้นให้พระรูปอื่นๆ ที่มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายให้ทุเลาลง นอกจากนี้ยังสามารถส่งเสียเงินให้บิดาไว้ใช้ในการดำเนินชีวิต สำหรับผู้ป่วยยังคงมารับการติดตามดูแลตนเอง และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

๑. การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง พยาบาลต้องมีความรู้ ประสบการณ์ในการประเมินอาการผู้ป่วย เผื่อระวังการทำร้ายตนเอง และสามารถแยกแยะอาการได้อย่างชัดเจนเพื่อรายงานแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง

๒. ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ควรได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม ด้านประวัติการเสพกัญชา การตรวจร่างกาย อาการนอนยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาสุขภาพทั้งในอดีตปัจจุบัน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล และอาการปัจจุบัน เพื่อให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

๓. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจอย่างซับซ้อน การให้การคำปรึกษารายบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงตามปัญหาและความต้องการ

๔. ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่เข้ารับการรักษา มักมีอาการเศร้า เสียใจ ผิดหวัง ไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเมื่อพบสถานการณ์ที่มากระทบจิตใจ พยาบาลควรสังเกต สอบถามประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยเป็นระยะๆ และสร้างเสริมแรงจูงใจในการบำบัดรักษา

๕. ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการบำบัด ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทีมผู้บำบัดในการวางแผนการดูแลบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ตั้งแต่เริ่มต้นบำบัดจนกระทั่งการติดตามดูแลภายหลังการรักษา ซึ่งกรณีที่บุคคลในครอบครัวไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยข้อจำกัดต่างๆ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว และหาแนวทางในการช่วยเหลือในการประสาน และติดต่อทางบ้าน ซึ่งอาจจะเป็นโทรศัพท์ จดหมาย หรือใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมในการบำบัดรักษา

๖. การบำบัดผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงนั้นมีปัญหาซับซ้อน ควรมีระยะเวลาอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาให้นานเพียงพอ เพื่อให้อาการถอนยาดีขึ้น และให้อารมณ์เศร้ายาลดลง ไม่มีการทำร้ายตนเอง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่กันไป

๗. การติดตามผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านแล้วเป็นส่วนสำคัญ พยาบาลควรพูดคุยกับผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญ เห็นประโยชน์ของการมาติดตามการรักษา และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และก่อนถึงวันนัดมีการโทรศัพท์เตือนให้ผู้ป่วยมาติดตาม รวมทั้งได้มีการประสานไปที่อาของผู้ป่วยให้ช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมาตามนัด นอกจากนี้ในบางครั้งที่ผู้ป่วยติดภารกิจและไม่สามารถมาติดตามได้ พยาบาลสามารถใช้โทรศัพท์ในการติดตามได้

๘. การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชน รวมถึงการส่งเสริมให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ

ด้านนโยบาย

๑. พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล โดยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ารุนแรงจากการเสพติดกัญชา เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและสามารถให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๒. การพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง นอกจากการพยาบาลทางด้านร่างกายแล้ว การพยาบาลทางด้านจิตใจ และการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ช่วยในการเพิ่มประสิทธิผลในการบำบัด ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกยาได้ในที่สุด ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจึงควรมีการบำบัดหรือให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยทุกราย

๓. ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงวิชาการในการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงให้กับบุคลากรพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลได้ศึกษาหาความรู้ และพัฒนาทักษะด้านการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดกัญชาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นการต่อยอดความรู้ และการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร. (๒๕๖๕). *Basic Skills in CBT*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดารารวรรณ ต๊ะปินตา. (๒๕๖๓). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ ๘). วนิตการพิมพ์.

นันทา ชัยพิชิตพันธ์, สำเนา นิลบรรพ์, สุกุมา แสงเดือนฉาย, และธัญญา สิงห์โต. (๒๕๖๑). *ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชา: สถานบำบัดรักษายาเสพติด กรมการแพทย์ ประเทศไทย*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ลำซำ ลักษณะภิกชนชัช. (๒๕๖๕). *คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการเสพติดกัญชา*.

<http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/๖๕/cannabis.pdf>

วิมล ลักษณะภิกชนชัช. (๒๕๖๔). *คู่มือบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด*.

<http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/๖๖/nurse-๖๖.pdf>

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (๒๕๖๓). *ข้อมูลสถิติปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖*.

http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category§ionid=๒&id=๙&Itemid=๕๓

- สาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย. (๒๕๖๓). การศึกษาติดตามสถานการณ์การใช้และการให้บริการกัญชาทางการแพทย์
ระยะที่สอง. <https://cads.in.th/cads/media/upload/๑๖๒๑๓๙๑๓๘๗-บทสรุปผู้บริหาร.pdf>
- Booth, M. (๒๐๑๕). *Cannabis: a history*. New York : Thomas Dunne Books/St. Martin's Press.
- Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Mamorstein, N., Cipriani, A.,
Dendukuri, N., & Mayo, N. (๒๐๑๙). Association of cannabis use in adolescence and risk of
depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: A systematic review and
meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, ๗๖(๔), ๔๒๖-๓๔.
- Halladay, J. E., Dawdy, J.L., McNamara, I.F., Chen, A.J., Vitoroulis, I., McInnes, N., & Munn, C. (๒๐๑๙).
Mindfulness for the mental health and well-being of post-secondary students: A systematic
review and meta-analysis. *Mindfulness*, ๑๐(๓), ๓๙๗-๔๑๔.
- Hosseini, S., & Oremus, M. (๒๐๑๙). The effect of age of initiation of cannabis use on
psychosis, depression, and anxiety among youth under ๒๕ years. *Can J Psychiatry*, ๖๔(๕),
๓๐๔-๑๒.
- 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. *Psychol Med*, ๔(๔), ๗๙๗-๘๑๐.
- National Institute on Drugs Abuse. (๒๐๒๑). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide*
(Third Edition). [https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-
guide-third-edition/principles-effective-treatment](https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment)